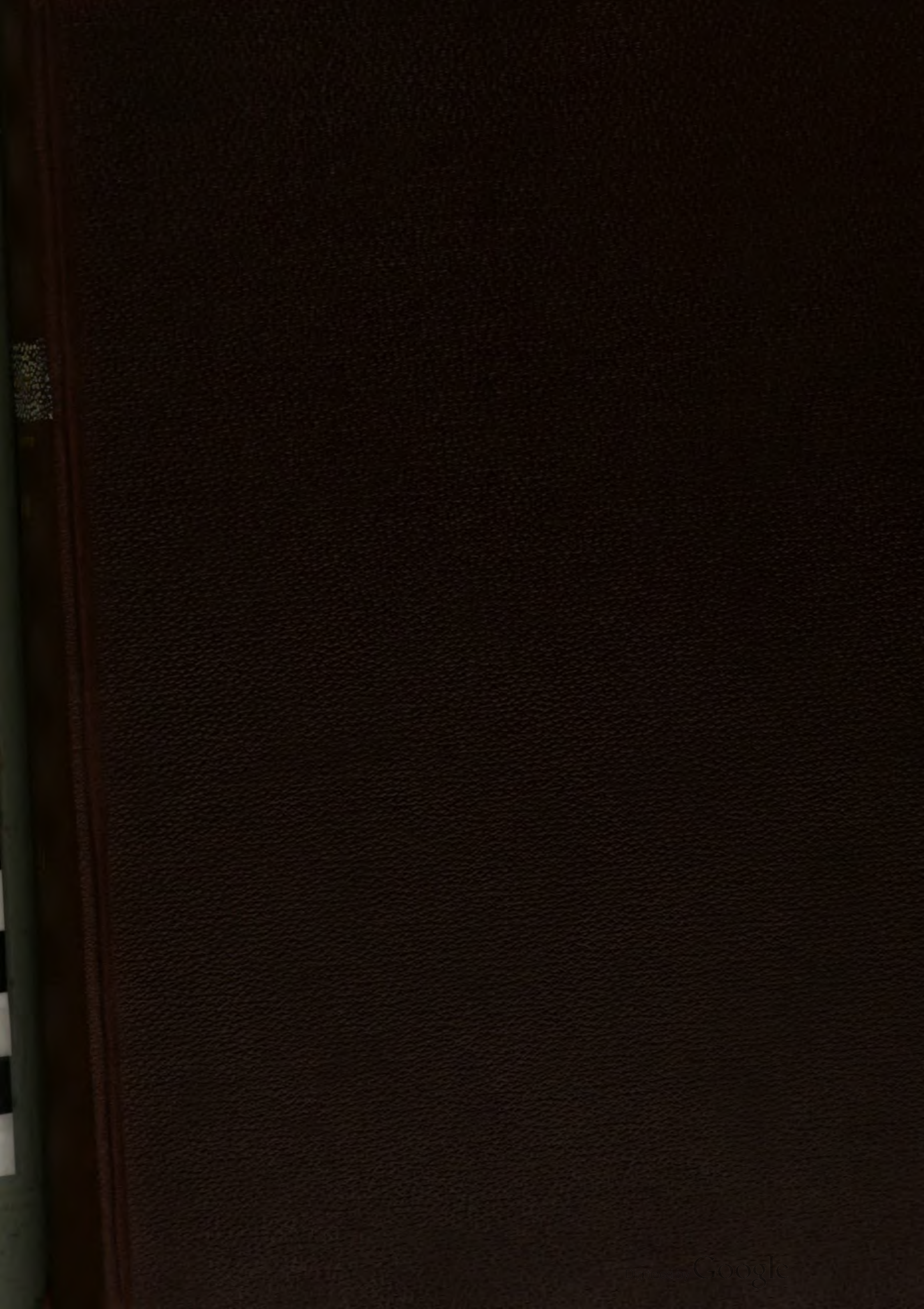


CENTRALBLATT

FÜR DIE GESAMMTE

THERAPIE.

Unter Mitwirkung der Herren:

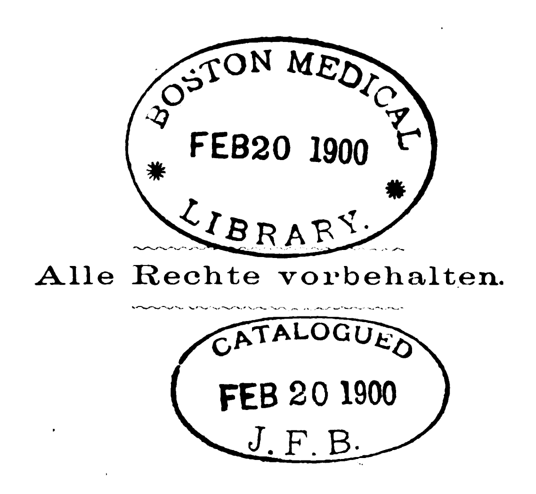
Prof. ALBERT, Docent BING, Dr. BONDI, Primararzt BULL (Christiania), Prof. CHROBAK, Docent EHRMANN, Dr. J. EISENBERG, Docent EISENSCHITZ, Docent FREUD, Prof. GLAX (Graz), Prof. GOLDZIEHER (Budapest), Docent GOMPERZ, Prof. GOTTLIEB (Heidelberg), Dr. R. GRUBER, Docent GRÜNFELD, Dr. J. HEITZMANN, Dr. HOCHSINGER, Docent HOLLÄNDER, Dr. HOROVITZ, Dr. HUCHARD (Paris), Prof. JARISCH (Graz), Docent S. KLEIN, Docent KÖNIGSTEIN, Prof. E. LANG, Prof. J. MÖLLER (Graz), Prof. F. MÜLLER (Graz), Prof. NEUMANN, Prof. NEVINNY (Innsbruck), Prof. NICOLADONI (Graz), Dr. G. NOBL, Docent PAL, Prof. PEL (Amsterdam), Prof. POLITZER, Docent J. POLLAK, Dr. M. RAINER, Docent ROTH, Primararzt J. SALGO (Budapest), Prof. SCHAUTA, Prof. SCHEFF, Docent SCHIFF, Dr. J. SCHNABL, Dr. FR. SPITZER, Docent E. ULLMANN, Dr. WEIL, Dr. M. WEISS, Dr. F. WINKLER, Prof. WÖLFLER (Prag), Docent ZUCKERKANDL,

herausgegeben von

Prof. Dr. M. HEITLER
in Wien.

XVII. JAHRGANG 1899.

WIEN.
VERLAG VON MORITZ PERLES
Stadt, Seilergasse 4 (Graben).



Druck von Johann N. Vernay, Wien. IX. Mariannengasse 17.

Sach-Register.*)

*) Die mit * bezeichneten Aufsätze sind Originalartikel.

*


Digitized by Google

Autoren-Register.*)

*) Die mit * bezeichneten Autoren sind Verfasser von Originalartikeln.

*



Aus der medicinischen Abtheilung des Primararztes Doc. Dr. Pal im k. k. Allgem. Krankenhause in Wien.

Oxykampher (Oxaphor) als Antidyspnoicum und Sedativum.

Von Dr. Alfred Ehrlich.

Der Oxykampher[1]) wurde von Manasse dargestellt, von Heinz pharmakologisch geprüft und gefunden, dass derselbe die Erregbarkeit des Athmungscentrums herabzusetzen vermag, weshalb er seine Anwendung gegen Dyspnoë empfahl. Der Körper ist ein Kampherderivat, in dem ein Wasserstoffatom des Kamphermolecüls durch die Hydroxylgruppe ersetzt ist. Nach den Mittheilungen von Heinz und Manasse[2]) konnte der Oxykampher bisher durch directe Oxydation des Kamphers nicht hergestellt werden, sondern wurde durch Reduction des Kampherorthochinons mit Zinkstaub, Essigsäure, Schwefelsäure oder Salzsäure, anderseits durch Behandeln mit Aluminiumamalgam und anderen Reductionsmitteln erhalten.

Als chemische Formel ergibt sich

$$C_{18}H_{14}\begin{matrix}-CHOH\\-CO\end{matrix}$$

Durch Oxydation mit Chromsäure lässt sich Oxykampher wieder in Kampherchinon überführen. Er stellt ein weisses, krystallinisches, in frischem Zustande geruchloses Pulver dar, welches in kaltem Wasser bis zu 2%, in heissem Wasser oder in Alkohol in viel höherem Verhältniss löslich ist. In allen organischen Lösungsmitteln, Ligroin ausgenommen, aus dem er in federförmigen Aggregaten krystallisirt, löst er sich ungemein leicht. Die Lösung ist nahezu geruchlos, mit einem schwach bitteren Geschmack, reagirt neutral und muss, falls das Oxykampherpulver frisch war, vollständig klar sein.

Der in Rede stehende Körper hat nämlich den Nachtheil, gegen Licht und Feuchtigkeit ungemein empfindlich zu sein. Er zersetzt sich unter solchen Einflüssen sehr rasch, verwandelt sich in eine zäh-schleimige, klebrige, gelblich-weisse Masse,

---

[1]) Bekanntgegeben auf der Frankfurter Naturforscher-Versammlung 1896.

[2]) Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 20, 1897.

welche einen stechenden, schimmelähnlichen Geruch annimmt. Vor diesen Veränderungen muss er daher in erster Linie bewahrt werden, und war auch, wie wir noch weiter unten zeigen wollen, unsere Aufmerksamkeit zunächst auf diesen Punkt gerichtet.

Es stand zu vermuthen, und von dieser Voraussetzung gingen auch die Darsteller aus, dass dieses Sauerstoffderivat des Kamphers vollständig die Wirkungsweise seines Urstoffes oder selbe höchstens quantitativ verändert zeigen werde; die mit ihm angestellten und von Heinz und Manasse publicirten physiologischen Versuche ergaben jedoch ein ganz unerwartetes Resultat. Kampher, der als Medicament schon bei den arabischen Aerzten bekannt und geschätzt war, besitzt eine örtlich stark reizende und eine entfernte, besonders auf das Centralnervensystem gerichtete Wirkung; und zwar erstreckt sich diese entfernte Wirkung primär auf das Grosshirn, späterhin auch auf das Kleinhirn und verlängerte Mark. Die Wirkung ist verschieden, je nach der Dosirung. In kleinen Gaben excitativ, anregend auf Herz- und Gehirnthätigkeit, wirkt der Kampher in grösseren medicinalen oder toxischen Dosen als ein Sedativum. Aus diesem Umstande erklären sich auch nach Husemann (Allg. Arzneilehre) mancherlei Widersprüche in Bezug auf besondere, dem Kampher zugeschriebene Specialwirkungen. Nach Foissac wurde er bei Palpitationen und Tetanus in grösseren Gaben verordnet, sowie gegen krankhafte und schmerzvolle Zustände der Urogenitalorgane, wie Strangurie, Erectionen bei Tripperkranken, Nymphomanie etc. und galt nach Husemann auch als ein sehr geschätztes und wirkungsvolles Anaphrodisiacum. Derselbe Autor berichtet, dass früher die Mönche sich ihr Keuschheitsgelübde durch Tragen von mit Kampher gefüllten Säckchen zu erleichtern suchten. „Camphora per nares. castrat odore mares.“ Diese hervorragend sedativen Eigenschaften, welche dem Kampher nur in grossen, oder sehr grossen, d. i. toxischen Dosen zukommen, sollen nun dem neugefundenen Abkömmling desselben, dem Oxykampher, ganz specifisch eigen sein, und zwar sind seine physiologischen Wirkungen bei Kalt- und Warmblütern verschieden (Heinz und Manasse).

Das Präparat zu unseren einschlägigen Untersuchungen hat uns Herr Dr. Ammelburg in Höchst a. M. in liebenswürdiger Weise zur Verfügung gestellt.

Bei Durchführung derselben war es zunächst von Wichtigkeit, festzustellen, in welcher Form der Oxykampher den Kranken am zweckmässigsten zu verabreichen und wie seine dauernde Conservirung am besten durchzuführen sei. Erst dann konnten wir an die Prüfung seiner Wirksamkeit schreiten, wobei wir in erster Linie die Wirksamkeit des Oxykamphers auf die Athmung im Auge hatten. Doch musste behufs Feststellung der Natur derselben auch auf etwaige andere zu Tage tretende Einflüsse des Oxykamphers, wie auf das Gefässsystem, auf die Temperatur etc. aus naheliegenden Gründen Rücksicht genommen werden. Schon nach kurzer Beobachtung der Temperatur und Pulsfrequenz, welche halbstündig an den Kranken gemessen wurden, war es uns jedoch klar, dass der Oxykampher nach diesen Richtungen keinen nennenswerthen Einfluss übe, denn es wurden allerdings gelegentlich Verminderungen der Pulsfrequenz um 10—12 Schläge in der Minute wahrgenommen, doch dürfte diese Erscheinung in den vereinzelten Fällen hauptsächlich auf Rechnung des Umstandes zu setzen sein, dass die vor der Oxykampherdarreichung, infolge der quälenden Athemnoth unruhigen Kranken nach Abnahme ihrer Beschwerden eine ruhige Rückenlage einnehmen konnten. Die Körpertemperatur zeigte überhaupt keine Veränderungen.

Was nun die Form der Darreichung anbelangt, so war die Wahl derselben schon mit Rücksicht auf die chemischen Eigenschaften des Oxykamphers mit Schwierigkeiten verbunden. Derselbe ist, wie bereits oben erwähnt, äusserst licht- und feuchtigkeitsempfindlich, und wir machten die Wahrnehmung, dass eine uns von Herrn Dr. Ammelburg vollkommen rein und frisch zur Verfügung gestellte Quantität des Pulvers, obwohl sie an möglichst trockenem Orte aufbewahrt und vor Tageslicht geschützt wurde, schon nach kurzer Zeit eine zähflüssige gallertartige Beschaffenheit und jenen erwähnten widerlichen, schimmelähnlichen Geruch annahm. Er ist demnach in dieser Form unbrauchbar; anderseits wäre es bei grösserem Gebrauche unmöglich, sichstets nur mit dem Bezuge ganz kleiner Quantitäten zu begnügen. Den nächsten Versuch machten wir auf Vorschlag des Herrn Dr. Ammelburg mit comprimirten Tabletten von Oxykampher und Saccharum lactis zu 0·25 g der wirksamen Substanz pro Tablette. In der That erwies sich der Oxykampher in dieser Form haltbar, allein es zeigte sich hier bei gelegentlich nothwendig gewordenen

Magenausheberungen, nachdem wir versuchsweise den Pat. 1 bis 2 g Oxykampher in dieser Form gegeben hatten, dass selbst nach zwei Stunden die Tabletten fast unverändert zum Vorschein kamen. Auch klagten die Kranken, denen Oxykampher in Form comprimirter Tabletten verabreicht wurde, wiederholt über Magendrücken, und die Wirkung stellte sich auch lange nicht so prompt ein, als später bei der von uns in Vorschlag gebrachten Art der Darreichung, so dass wir eine Zeit lang die Tabletten (4—6 Stück) in heissem Wasser lösen und unter Zusatz von 20 g Syrup. simpl. auf 180 g der Lösung dieselbe von den Pat. esslöffelweise nehmen liessen. Späterhin versuchten wir das Präparat als Pulver in Gelatinekapseln zu ordiniren, und in dieser Gestalt konnten wir den Oxykampher auf lange Zeit hinaus unverändert erhalten. Kapseln, die wir nach ³/₄ Jahren versuchsweise eröffneten, zeigten die Substanz in tadelloser Beschaffenheit. Sie wurden sehr gut vertragen und die Pat. äusserten keinerlei Abneigung gegen dieselben. Von Herrn Dr. Ammelburg wurde dann eine 50%ige alkoholische Lösung des Oxykamphers empfohlen. Auch in dieser Form, in dunklen Fläschchen aufbewahrt, hat sich der Oxykampher haltbar erwiesen und wird auch gegenwärtig unter dem Namen „Oxaphor" so in den Handel gebracht. Von Rumpel (Hamburg) wurde diese Lösung in mehreren Fällen mit Erfolg angewendet.

Auch wir haben einigemal die Darreichung des Oxykamphers in 50%iger alkoholischer Lösung versucht, u. zw. in der Form:

Rp.	Solut. Oxykamph. alcohol. 50%	2·00
	Spirit. vini	5·00
	Syrup. Rub. Idaei	20·0
	Aq. dest. ad	180·0

S. Tagsüber esslöffelweise zu nehmen.

Die Lösung wurde jedoch von den Pat. theils ungerne genommen, theils klagten sie über anhaltendes Brennen im Magen, und derselbe Effect trat auch zu Tage, als wir die alkoholische Lösung in Tropfen (30 Tropfen = 1 g) auf Zucker verabreichten. Nach unseren Erfahrungen würden wir demnach der Darreichung in Gelatinekapseln den Vorzug geben.

Unsere Versuche haben wir in Fällen von Dyspnoë bei Lungenerkrankungen (s. Fall I, II, III, IV, V, VI), ferner bei Erkrankungen des Herzens (s. Fall VII, VIII, IX) und schliesslich bei nervöser Athemnoth angestellt.

Die Krankengeschichten, die wir, theilweise ausführlich, folgen lassen, sind die Belege für die von uns erzielten Erfolge.

Fall I: N. J., 45 Jahre alt, Schuhmacher, aufgenommen am 21. December 1897.

Diagnose: Myodegeneratio cordis, Emphysema pulmonum.

Auszug aus der Anamnese und dem Stat. praes.: Vor längerer Zeit soll Pat. eine Nierenentzündung durchgemacht haben, seit drei Jahren besteht starker Husten, seit einigen Wochen heftige Athembeschwerden, so dass Pat. nicht schlafen kann. (Orthopnoë.) Potus mässig, Lues negirt. Pat. ist mittelgross, Thorax lang, flach. Starke Cyanose. T. 36·5, P. 68, R. 38. Percussion der Lungen ergibt beiderseits an den Spitzen Dämpfung, sonst lauten, vollen Schall. Auscultation verlängertes Exspirium, Giemen und Pfeifen. Ueber der Dämpfung klingende Rasselgeräusche. Herzdämpfung beginnt am unteren Rande der vierten Rippe, reicht nach rechts bis zum linken Sternalrand, links bis in die Mammillarlinie. Herztöne rein. Epigastrische Pulsation.

Die Aufzeichnungen über Temperatur, Puls und Respiration während der Oxykamphertherapie sind die folgenden:

Tabelle *A* zu Fall I.

Datum	Vormittag						Nachmittag						Erfolg
	vor			2 Stunden nach			vor			2 Stunden nach			
	Oxykampher						Oxykampher						
	Temp.	Puls	Resp.	Temp.	Puls	Resp.	Temp.	Puls	Resp.	Temp.	Puls	Resp.	
27./XII.	36·8	90	30	36·7	90	27	36·9	116	36	37	120	26	—
28./XII.	36·8	100	32	36·8	98	28	37	120	28	37	116	24	Nachts gut geschlafen
29./XII.	37	100	28	36·8	98	24	36·7	104	28	36·8	100	24	Patient fühlt sich bedeutend kräftiger
30./XII.	36·8	92	28	36·4	96	26	36·9	90	30	36·9	90	25	—
31./XII.	36·7	90	30	36·6	92	25	36·6	108	28	36·6	104	24	Konnte tagsüber das Bett verlassen
1./I. 1898	36·4	94	28	36·3	94	26	36·9	92	32	36·8	90	26	Husten etwas stärker, Decoct. Alth. 200, Morph. 0·03
2./I.	36·2	82	28	36·2	82	26	36·8	100	32	36·7	98	25	Nachts gut geschlafen
3./I.	36·4	90	28	36·3	90	26	36·2	92	32	36·1	90	25	" " "
4./I.	36·2	90	28	36·1	90	25	36·4	92	30	36·5	90	24	" " "
5./I.	36·5	92	27	36·5	90	24	36·7	88	26	36·6	90	24	" " "
6./I.	36·4	82	28	36·3	84	26	36·8	84	28	36·7	82	24	" " "
7./I.	36·5	90	27	36·4	90	24	36·7	88	28	36·6	84	23	Unruhige Nacht, heftiger Husten
8./I.	36·4	94	30	36·3	90	26	36·9	88	28	36·8	86	24	Cyanose zunehmend

22./XII. Pat. klagt über gesteigerte Athemnoth, grosse Schwäche. Cyanose hat zugenommen, besonders an den peripheren Körpertheilen; Puls sehr klein, kaum fühlbar.

Pat. erhält Inf. folior. Digital. 0·75 : 200·0.

23./XII. Pat. hat schlecht geschlafen, Cyanose unverändert andauernd, Pat. erhält von heute ab Oxykampher, und zwar 1·0 pro die und dosi ohne sichtbaren Erfolg.

Am 27./XII. Morgens und Abends je 1·00 Oxykampher. Pat. gibt an, dass er ungefähr eine Stunde nach der Darreichung eine vorübergehende Erleichterung verspürte. Oxykamphertherapie wird deshalb fortgesetzt.

30./XII. Pat. konnte das erste Mal seit seiner Aufnahme liegend die Nacht verbringen; er fühlt sich bei der Morgenvisite sehr wohl. Athemfrequenz 28 (s. Tabelle I).

In den letzten Tagen der Krankheit hat die Cyanose des Pat., die anfänglich etwas nachgelassen, wieder rasch zugenommen, dennoch fiel die Zahl der Athemzüge, wie aus der Tabelle ersichtlich, circa eine Stunde nach Verabreichung von 1·00 Oxykampher ab und der Pat. verspürte stets eine wohlthuende Erleichterung, so dass er täglich dringend nach dem gewohnten Pulver verlangte. Pat. starb am 10. Jänner 1898. Die Obduction ergab Myodegeneratio cordis, Emphysema pulmonum Tuberculosis apicum obsoleta.

Fall II: M. F., beschäftigungslos, 32 Jahre alt, aufgenommen am 5. October 1898 mit Phthisis pulmonum. Pat. ist hereditär belastet. Während seiner Militärdienstzeit, vor welcher er stets gesund gewesen, begann er zu husten. Im Winter 1893 entwickelte sich Caries der Knöchel des linken Fusses, der ihm aus diesem Grunde amputirt wurde. Im März 1898 Erysipel am Kopfe. Im Mai 1898 Hämoptoë, seither rasche Verschlimmerung seines Zustandes. Starke Nachtschweisse. Pat. nimmt stark erhöhte Rückenlage ein und ringt sichtbar nach Athem. T. 37·5, P. 96, R. 48. Starke Anspannung der Sternocleidomastoidei. Physikalischer Befund: Infiltration beider Spitzen. Links vorne oben, auf der Höhe der ersten und zweiten Rippe ein Hohlraum (Pneumothorax) nachweisbar. Ueber den ganzen Lungen reichliche Rasselgeräusche, Pfeifen und Giemen. Pat. schläft sehr schlecht, muss grösstentheils aufrecht im Bette sitzen und gibt an, er glaube zeitweise ersticken zu müssen. Wegen quälenden Hustens: Decoctum Altheae 200·0, Morph. mur. 0·03.

8./X. Husten hat bedeutend nachgelassen, hingegen heftige Athemnoth, Cyanose. $^{3}/_{4}$5 Uhr Nachmittags: T. 37·1, P. 132, R. 48. Pat. erhält 1·00 Oxykampher. 6 Uhr Nachmittags: T. 38, P. 138, R. 28.

9./X. Pat. gibt an, dass er die Nacht über gegen Erwarten gut geschlafen. Er habe sich schon lange nicht so wohl gefühlt.

Die Wirkung des Oxykamphers war in diesem Falle bereits eine Stunde nach der Darreichung deutlich wahrnehmbar

und um eine etwaige Suggestivwirkung von vornherein auszuschliessen, wurde dem Pat. erklärt, dass er ein Pulver gegen das Fieber erhalte. Um die subjectiven Wahrnehmungen über seinen Zustand befragt, gab er hierauf an, dass die Hitze durchaus nicht nachgelassen, dagegen habe er bald nachher viel leichter athmen und recht gut schlafen können.

10./X. Pat. erhält nur Abends ein Gramm Oxykampher (in Gelatinekapsel), da die Wirkung desselben bei ihm auch tagsüber noch andauert. Subjectives Wohlbefinden zufriedenstellend, Nachts ruhiger Schlaf.

Tabelle *B* zu Fall II.

Datum	Vormittag – bei der Frühvisite			Nachmittag – vor der Darreichung von 1 bis 2 g Oxykampher		Nachmittag – 2 Stunden nach der Darreichung von 1 bis 2 g Oxykampher		Bemerkungen
	Temp.	Puls	Resp	Puls	Resp.	Puls	Resp	
8./X.	37·2	130	46	132	48	138	28	Nachts gut geschlafen
9./X.	37·1	120	30	128	36	124	27	„ „ „
10./X.	37·0	120	29	126	30	125	26	„ „ „
11./X.	37·2	124	30	126	30	124	27	Bei Nacht grosser Schweissausbruch, dann Schlaf
12./X.	37·1	116	28	120	29	120	24	—
13./X.	37·0	110	26	118	27	116	23	Oxykampher ausgesetzt
14./X.	37·1	120	28	120	28	122	29	Gut geschlafen.
15./X.	37·2	118	27	120	26	124	32	—
16./X.	37·3	124	34	124	40	120	25	Schlechter Schlaf, daher Abends 2·00 Oxyk.
17./X.	37·2	116	27	118	30	119	24	—
18./X.	37·0	116	24	120	28	118	23	Pat. konnte mehrere Stunden ausser Bett sein
19./X.	37·1	120	26	120	27	118	24	Vor dem Schlafen intensiver Schweissausbruch
20./X.	37·4	122	28	124	28	120	24	—
21./X.	37·2	118	26	120	26	118	20	—

16./X. Vom 13. bis 16. October blieb Pat. ohne Oxykampher, da sein Befinden andauernd gut bis zum heutigen Tage war, an welchem er selbst nach dem Mittel begehrte. Die Respirationsfrequenz war wieder auf 40 gestiegen, während sie sich in den letzten Tagen zwischen 32 und 26 bewegt hatte. Um 5 Uhr Nachmittags 1·00 Oxykampher.

17./X. Der Zustand des Pat. gegenüber dem vorhergehenden Tage bedeutend besser. Nachts trat wieder ruhiger Schlaf ein, und zwar auch diesmal nach intensivem Schweissausbruch.

28./X. Nach wiederholten Versuchen, das Mittel auszusetzen, gibt Pat. an, dass er ohne dasselbe nicht schlafen könne. Zwei Tage vermag er es zu entbehren, am dritten aber stellen sich wieder dyspnoische Beschwerden und Schlaflosigkeit ein.

10./XI. Pat. klagt Morgens über so heftige Athemnoth, dass er zu ersticken glaube. Dieselbe war nach dreitägiger Pause plötzlich eingetreten. Starke Cyanose. Puls um 10 Uhr Vormittags 128, R. 56, nach 1·00 Oxykampher Puls: um ½12 Uhr Vormittags 124, R. 23. Pat. gibt an, er fühle sich wie neugeboren, mit einem Schlage habe sich sein Befinden schon nach circa einer halben Stunde gebessert, er konnte sogar das Bett verlassen und ausserhalb desselben seine Mahlzeit einnehmen. Pat. steht gegenwärtig noch in Behandlung und kann der Oxykampher schon bis zu acht Tagen ausgesetzt werden, ohne dass die ursprünglichen dyspnoischen Beschwerden mit solcher Heftigkeit auftreten, dass sie seinen Schlaf zu beeinträchtigen vermögen. Pat. verbringt auch den grössten Theil des Tages ausser Bett und wird gewöhnlich nur dann von Kurzathmigkeit heimgesucht, wenn sein Husten eine Steigerung erfährt (s. Tabelle II).

Fall III: H. J., Kutscher, 43 Jahre alt, aufgenommen am 31. Jänner 1898 mit Phthisis pulmonum und Emphysema. Auszug aus der Krankengeschichte: Pat. ist hereditär belastet, war in der Jugend stets gesund, hatte frühzeitig schwere Arbeit zu verbringen, besonders schwere Lasten zu heben. Schon mit 30 Jahren stellte sich häufig Kurzathmigkeit ein. Seit zwei Jahren heftige Dyspnoë, so dass er seiner normalen Beschäftigung nicht mehr obliegen konnte. In letzter Zeit bekam er auch bei vollkommener körperlicher Ruhe, besonders Nachts, so heftige Athemnoth, dass er das Bett verlassen und sich mit den Armen auf eine feste Unterlage stützen musste, um seine Beschwerden nur einigermassen zu verringern. Seit circa zwei Jahren besteht auch trockener Husten, seit einem halben Jahre reichliche Expectoration eines zähen, schleimig-eitrigen Auswurfs. Pat. ist stark abgemagert, leicht cyanotisch, der Blick unstet, ängstlich. Hals kurz, die Sternocleidomastoidei stark hervortretend, namentlich bei jeder Inspiration. Thorax verhältnissmässig kurz, breit. Athmung stark beschleunigt, mühsam. Percussion ergibt beiderseits leicht gedämpften Schall über den Spitzen und bronchiales Athmen im Bereiche der Dämpfung mit klein- und mittelgrossblasigen klingenden Rasselgeräuschen. Lautes Pfeifen und Giemen über den übrigen Lungenpartien. Herztöne leise, aber rein. T. 37·9, P. 98, R. 38. Pat. erhielt zunächst, da heftiger Husten bestand, Decoctum Altheae mit Morph. mur.

3./II. Husten geringer. Dyspnoë sehr hochgradig. Pat. fühlt sich sehr schwach, da er wegen der Athemnoth schon viele Nächte nicht schlafen konnte. Er kann das Bett nicht verlassen, da er bei dem geringsten Gehversuche von heftiger Dyspnoë befallen wird.

3./II. erhält Pat. Abends 1·00 Oxykampher in Form comprimirter Tabletten mit Saccharum lactis.

4./II. Pat. gibt an, dass er Magendrücken verspürt, in seinem sonstigen Befinden aber keine besondere Erleichterung wahrgenommen habe. Im Stuhle fanden sich unverdaute Stücke der Tags zuvor genommenen Tabletten.

5./II. Schon am Morgen heftige Dyspnoë, die sonst gewöhnlich erst in den Nachmittagsstunden einzutreten pflegte. Pat. erhält um 9 Uhr Vormittags 1·00 Oxykampher als Pulver in Gelatinekapseln. Um ½11 Uhr verspürt er bedeutende Erleichterung, sieht frischer aus und die Zahl der Athemzüge hat binnen dieser Zeit um 14 in der Minute abgenommen. Nachmittags 4 Uhr erhält er wieder 1·00 Oxykampher in derselben Form.

6./II. Pat. hat die Nacht gut verbracht, er konnte bei erhöhter Rückenlage mehrere Stunden schlafen und auch in den Morgenstunden war die Dyspnoë nicht von gewohnter Stärke. Er gibt an, nur durch einen heftigen Hustenanfall aus dem Schlafe geweckt worden zu sein. Pat. erhält nun weiter Morgens und Abends je 1·00 Oxykampher, den Verlauf zeigt die folgende Tabelle III.

Tabelle *C* zu Fall III.

Datum	Vormittag						Nachmittag						Bemerkungen
	vor			2 Stunden nach			vor			2 Stunden nach			
	Darreichung von Oxyk.						Darreichung von Oxyk.						
	Temp.	Puls	Resp.	Temp.	Puls	Resp.	Temp.	Puls	Resp.	Temp.	Puls	Resp.	
8./II.	37·9	90	38	37·8	88	26	38	92	36	37·9	90	28	Tagsüber starker Husten. Decoct. Altheae mit Morph.
9./II.	37·8	92	34	37·7	86	25	37·8	90	30	37·8	88	27	Nachts gut geschlafen
10./II.	37·8	80	30	37·7	86	24	37·9	90	30	37·8	90	25	" " "
11./II.	37·6	88	31	37·4	86	25	37·7	88	30	37·7	88	24	Konnte tagsüber mehrere Stunden ausser Bett sein.
12./II.	37·8	90	32	37·7	87	26	37·8	90	28	37·9	90	23	Oxykampher **ausgesetzt**
13./II.	37·8	90	36	37·7	90	34	37·9	92	36	37·9	90	37	Nachts nicht gut geschlafen.
14./II.	37·9	88	36	37·8	90	36	37·9	90	35	37·8	96	37	Nacht schlafl. Dyspnoë im Zunehmen. Patient verlangt nach Oxyk. (2·00)
15./II.	37·7	86	35	37·5	86	26	37·8	88	30	37·7	86	22	Nachts gut geschlafen
16./II.	37·6	86	30	37·6	84	22	37·7	88	28	37·7	86	21	Schlechter Schlaf, wegen starkem Husten. Codeïn
17./II.	37·7	88	31	37·6	84	23	37·7	86	29	37·6	84	22	Nachts gut geschlafen
18./II.	37·6	90	30	37·7	86	24	37·9	88	27	37·7	88	21	" " "
19./II.	37·7	88	28	37·6	86	26	37·9	86	28	37·9	86	21	Konnte das Bett verlassen
20./II.	37·5	86	29	37·5	86	24	37·7	88	27	37·7	88	22	Mehrere Stunden des Tages ausser Bett

24./II. Die Besserung der Dyspnoë, hielt auch fernerhin an, obwohl die objective Untersuchung der Lungen keine wesentliche Veränderung zeigte.

4./III. Pat. verbringt den grössten Theil des Tages ausser Bett, ohne nennenswerthe Beschwerden zu verspüren. Nur bei raschem Gehen, oder bei dem Versuche, sich öfter zu bücken, tritt Dyspnoë auf. Nachts schläft er gut bei etwas erhöhter Rückenlage und erwacht nur bei stärkerem Husten. Es tritt in diesem Falle geringe Dyspnoë ein, die aber bald, wenn der Hustenanfall vorüber und Pat. ruhig liegt, wieder verschwindet. Da sich Pat. bedeutend wohler fühlt und auch wegen des ruhigen Schlafes körperlich ziemlich gekräftigt ist, wird er am 18./III. auf Verlangen entlassen.

Fall IV.: K. H., Hilfsarbeiter, 40 Jahre alt, aufgenommen am 13. Jänner 1898 mit Phthisis pulmonum. Auszug aus der Krankengeschichte:

Pat. ist hereditär belastet, hustet seit langer Zeit, seit Juli 1897 ist der Husten von reichlichem, schleimig-eitrigem Auswurf begleitet.

Im October desselben Jahres trat Hämoptoë auf, stechende Schmerzen auf der linken Brust, seit Anfang December zunehmende Dyspnoë, besonders Nachts. Stat. praes.: Pat. ist stark abgemagert, cyanotisch, Pulswelle von geringer Spannung, aber normaler Höhe. P. 90, R. 40, T. 37·3. Percussion ergibt beiderseits oben Dämpfung, Auscultation Consonanzerscheinungen. Herzverhältnisse normal. Im Sputum Tuberkelbacillen. Pat. erhielt bis 13./II. Decoctum Altheae mit Morph. mur. 0·03 pro die.

Tabelle *D* zu Fall IV.

Datum	Vormittag				Nachmittag					Bemerkungen
	vor		2 Stund. nach		vor		2 Stunden nach			
	Darreichung von 1·00 Oxyk.				Darreichung von 1·00 Oxykampher					
	Puls	Resp.	Puls	Resp.	Puls	Resp.	Puls	Resp.	Temp.	
17./II.	124	34	118	26	110	30	108	24	37·9	Nachts guter Schlaf
18./II.	110	24	110	21	120	24	115	20	37·8	„ „ „
19./II.	122	30	108	23	116	28	114	23	37·6	„ „ „
20./II.	122	28	120	24	124	30	116	22	37·7	Oxyk. vom nächsten Morgen ausgesetzt
21./II.	122	36	118	35	122	38	124	40	37·9	Oxyk. ausgesetzt. Schlechter Schlaf
22./II.	118	32	116	31	108	34	114	37	37·8	Nicht geschlafen
23./II.	106	30	100	28	112	35	110	23	37·6	Oxyk. von der Morgenvis. an 2× tägl. 1·00
24./II.	116	28	114	26	120	30	120	25	37·6	Guter Schlaf
25./II.	130	30	120	22	116	30	114	20	37·7	„ „
26./II.	130	38	132	40	130	38	134	39	37·9	Oxyk. Morgens ausgesetzt. Unruhiger Schlaf bei Nacht
27./II.	132	36	128	24	116	28	115	22	37·8	2× täglich 1·00 Oxyk. Nachts sehr gut geschlafen
28./II.	128	36	120	24	120	30	116	22	37·8	2× „ 1·00 „ „ „ „ „

Am 13./II. wurde Oxykamphertherapie eingeleitet, da die Athembeschwerden wesentlich zugenommen hatten. Wir zählten an diesem Tage, 4 Uhr Nachmittags, T. 37·8, P. 126, R. 58. Er erhielt 1·00 Oxykampher in Gelatinekapsel. Um 6 Uhr Abends waren die Verhältnisse wie folgt: T. 37·8, P. 122, R. 32.

Pat. fühlte sich frischer, die Athmung war leichter, so dass er etwas erhöhte Rückenlage einnehmen konnte.

14./II. Morgens. Nachts hat Pat. geschlafen. P. 110, R. 42. Pat. erhielt um 9 Uhr Vormittags und um 4 Uhr Nachmittags je 1·00 Oxykampher.

15./II. Die Nacht verbrachte Pat. nach seiner Angabe gut, und er fühlt sich bedeutend wohler als die vorhergehenden Tage.

16./II. Pat. konnte tagsüber kurze Zeit das Bett verlassen. (Weitere Beobachtungen Tabelle IV).

Oxykamphertherapie wurde bis 7./III. fortgesetzt, da Pat. die Angabe machte, dass er nur dann zu schlafen vermöge, wenn er das Pulver erhalte. Die Frequenz der Athemzüge erhielt sich bis zu dem am 7./III. eingetretenen Tode zwischen 30 und 24 in der Minute und erreichte selbst in den letzten Lebensstunden nicht mehr die ursprüngliche Höhe. Die Obduction ergab Lungentuberculose.

Fall V.: M. F., 39 Jahre alt, aufgenommen am 24. November 1898 mit Tuberculosis pulmonum.

Pat. war bis vor einem Jahre stets gesund, begann um diese Zeit mässig zu husten, es stellten sich Nachtschweisse ein und vor circa drei Monaten auch stetig zunehmende Dyspnoë, die besonders in den Morgenstunden sehr heftig ist, so dass Pat. gewöhnlich durch das Auftreten der Athemnoth aus dem Schlaf geweckt wird. Schmerzen besonders auf der rechten Brustseite und in der Gegend der Magengrube. Pat. erhielt am 25. November Abends 1·00 Oxykampher in alkoholischer Lösung und war subjectiv mit dessen Wirkung sehr zufrieden. Er gab an, dass die gewöhnlich Morgens auftretende Dyspnoë ausgeblieben und dass er sehr gut geschlafen habe. Objectiv konnte in diesem Falle nicht viel constatirt werden, da die Zahl der Athemzüge vor Verabreichung des Oxykamphers nur 24 in der Minute betrug und dementsprechend auch nicht nennenswerth abnehmen konnte. Pat. erhielt 1·00 Oxykampher um 6 Uhr Abends, befand sich sehr wohl dabei. Am 29. November wurde das Medicament ausgesetzt, es stellte sich am nächsten Morgen wieder Dyspnoë ein, welche auf die neuerdings eingeleitete Oxykamphertherapie wieder verschwand. Pat. steht noch in Behandlung.

Fall VI.: G. K., 28 Jahre alt, Markthelfer, aufgenommen am 15. October 1898 mit Tuberculosis pulmonum.

Pat. ist hereditär belastet, stark abgemagert; starke Nachtschweisse, heftige Dyspnoë, besonders Abends und Nachts. Respirationen um diese Zeit 32 bis 40 in der Minute.

Pat. gab im Laufe der Oxykampherbehandlung an, dass er auf das verabreichte Mittel gut schlafe; die Athembeschwerden

nahmen stets circa eine Stunde nach der Medication bedeutend ab, die Zahl der Respirationen pflegte um zehn bis zwölf in der Minute zu sinken. Pat., der Morgens und Abends je 1·00 Oxykampher in Gelatinekapseln erhielt, war tagsüber viel frischer als vor der Oxykampherdarreichung und verlangte, wenn das Pulver zwei bis drei Tage versuchsweise ausgesetzt wurde, stets nach demselben. Irgendwelche Nebenwirkungen unangenehmer Art wurden nicht beobachtet. Pat. konnte zeitweise ohne grössere Beschwerden das Bett verlassen, was zuvor ohne heftige Dyspnoë nicht möglich gewesen.

Fall VII.: J. N., 28 Jahre alt, Kutscher, aufgenommen am 18. October 1898 mit Herzinsufficienz, Hydrothorax, Pleuritis.

Vor drei Jahren Gelenksrheumatismus, im December 1897 stellten sich Husten und heftige Dyspnoë ein, welche Erscheinungen circa drei Wochen dauerten. Die Dyspnoë ist seitdem nicht mehr vollständig geschwunden, Anfangs October trat sie wieder sehr heftig auf, so dass Pat. nicht liegen konnte, und war von Husten und intensiven, stechenden Schmerzen auf der Brust begleitet. Stat. praes.: Starke Cyanose, die Percussion des Thorax ergibt rechts bei Rückenlage eine vollständige Dämpfung vom unteren Rand der dritten Rippe nach abwärts, welche beim Aufsetzen des Pat. bis zum oberen Rand der zweiten Rippe steigt. Die Leber ist als ein harter bis gegen den Nabel reichender Tumor zu palpiren. Auscultation ergibt abgeschwächtes Athmen und Fehlen des Stimmfremitus. Spitzenstoss im fünften Intercostalraum, diffus. An der Herzspitze ein systolisches Geräusch. Herzthätigkeit arhythmisch. Oedeme an den unteren Extremitäten. Im Harn Eiweiss.

Pat. erhielt anfangs Inf. Digitalis und Diuretin. Letzteres wurde sehr schlecht vertragen, es folgte stets darauf eine hohe Steigerung der Dyspnoë und Schlaflosigkeit. Auf 1·5 Oxykampher (in Gelatinekapseln) besserte sich dieser Zustand gewöhnlich sehr rasch. Die Zahl der Athemzüge sank schon nach einer halben Stunde um circa 10 bis 15 in der Minute. Pat. fühlte sich stets bedeutend wohler und konnte auch die Nacht über schlafen. Nach drei- bis viertägiger Oxykamphertherapie konnte das Mittel ausgesetzt werden, ohne dass der Zustand des Pat. sich wesentlich verschlimmerte, wenn jedoch behufs Einleitung einer stärkeren Diurese wieder Diuretin verabreicht wurde, traten sofort die früheren Beschwerden wieder auf. Oxykampher brachte nach kurzer Zeit Erleichterung. Auch die anfänglich ziemlich bedeutende Cyanose ging mit dem Nachlassen der Dyspnoë wesentlich zurück. Pat. war während der Oxykampherbehandlung tagsüber ziemlich frisch und konnte bisweilen das Bett verlassen. Nach vier- bis fünftägiger Medication konnte er mehrere Tage ohne Oxykampher sein.

Pat. starb am 13. November 1898. Die Obduction ergab: Insuf-

ficientia et Stenosis valv. mitral. Excentrische Hypertrophie des rechten und linken Ventrikels. Ausgedehnter hämorrhagischer Infarct der Lunge, fettige Degeneration des Myocardiums, der Leber und Milz. Stauungskatarrh des Magens und des Darmes.

Fall VIII: H. J., Pferdewärtersgattin, 46 Jahre alt, aufgenommen am 21. Februar 1898 mit den Erscheinungen chron. Herzinsufficienz. Auszug aus der Krankengeschichte:

Seit zehn Jahren zeitweise Husten, seit zwei Jahren Nachtschweisse. Im December 1897 trat Athemnoth hinzu und starker Husten mit reichlicher Expectoration. Kein Herzklopfen, kein Seitenstechen. Ursprünglich traten die dyspnoischen Beschwerden nur Abends und bei körperlichen Anstrengungen auf, späterhin aber in gesteigertem Masse auch des Tages und hielten continuirlich an, so dass Pat. keinen Schritt machen konnte, ohne die heftigste Athemnoth zu empfinden. Sie konnte Nachts nicht schlafen, da sie die ganze Zeit sitzend verbringen musste. Bei der Aufnahme Oedeme an den unteren Extremitäten, sowie der Bauchdecken. Potus und Lues negirt.

Pat. ist stark abgemagert, cyanotisch. Kein sichtbarer Venenpuls. Die Oedeme der unteren Extremitäten reichen bis an die Oberschenkel. Herzdämpfung beginnt an der dritten Rippe, reicht nach abwärts bis in den fünften Intercostalraum, woselbst der Spitzenstoss diffus tastbar und sichtbar ist, zwei Querfinger breit. Der Breitendurchmesser des Herzens reicht nach rechts bis zur Mittellinie, nach links bis an die Mammillarlinie. Herzthätigkeit arhythmisch, Herztöne dumpf; die zweiten Töne an der Basis sehr leise, Geräusche nicht hörbar. Ueber den Lungen reichliche klein- und mittelgrossblasige Rasselgeräusche. Abdomen aufgetrieben, daselbst Schallwechsel. Leber vergrössert, der Rand hart, Milzdämpfung ebenfalls vergrössert. Im Harn Spuren von Eiweiss.

22./II. erhält Pat.: Infus. folior. Digital. 1·00 : 200·0

23./II. Arhythmie geringer, mässige Expectoration, Dyspnoë anhaltend. Starkes Rasseln.

25./II. Status idem. Dyspnoë seit einigen Stunden bedeutend zugenommen. Pat. ringt förmlich nach Athem. Sie erhält: Apomorphin. mur. und Tinctur. Strophant.

26./II. Dyspnoë unverändert anhaltend, Herzthätigkeit weniger arhythmisch.

28./II. Dyspnoë besonders in den Abendstunden sehr heftig; zunehmende Cyanose.

1./III. Reichliche Expectoration schaumigen Sputums. Hochgradige Dyspnoë. Zweimal täglich je 1·00 g in Gelatinekapseln.

2./III. Oxykampher brachte nach Angabe der Pat. eine Stunde nach der Verabreichung eine circa zwei Stunden dauernde Erleichterung der Athmungsbeschwerden.

4./III. Zwei Stunden nach der Oxykamphermedication ergibt die Zählung der Respirationsfrequenz in den letzten zwei Tagen eine Abnahme von 10 (s. Tabelle VIII).

Tabelle *E* zu Fall VIII.

Datum	Vormittag, vor Darreichung von 1·00 Oxykampher: Temp.	Puls	Resp.	Vormittag, 2 Stunden nach: Puls	Resp.	tägliche Harnmenge	Nachmittag, vor Darreichung von 1·00 Oxykampher: Puls	Resp.	Nachmittag, 2 Stunden nach: Puls	Resp.	Bemerkungen: Medication	Bemerkungen: Erfolg
27./II.	37·4	100	40	98	38	600	90	38	96	39	Apomorph. 0·04 : 200, 3× täglich 20 Tropfen Tinct. Stroph.	Kein Schlaf
28./II.	37·3	88	38	90	36	700	88	38	94	39	dto.	dto.
1./III.	36·8	80	38	80	36	600	100	34	98	27	2× täglich 1·00 Oxykampher	dto.
2./III.	36·9	104	38	98	28	600	108	38	100	28	dto.	2 Stunden Schlaf
3./III.	36·8	108	44	99	32	500	108	42	106	32	dto.	dto.
4./III.	37	100	38	96	30	400	110	48	110	31	dto.	Ascites im Wachsen
5./III.	36·3	140	52	128	40	500	120	40	114	30	dto.	Arhythmie des Herzens, Ascites zugenommen
6./III.	36·4	92	32	90	26	400	100	36	98	25	2× täglich 1·5 Oxyk., Diuretin 5·00 pro die	Nachts guter Schlaf
7./III.	36·3	104	30	96	24	300	100	30	96	23	dto. Diuret. mit Digital. 0·75	Arhythmie, kein Schlaf
8./III.	36·4	104	32	102	31	1100	110	36	114	38	Oxykampher ausgesetzt, Diuretin	Orthopnoë
9./III.	36·6	128	40	110	38	1200	110	38	110	37	dto.	dto.
10./III.	36·5	108	32	106	24	2500	110	32	104	24	2× täglich 1·00 Oxykampher, 2·00 Diuretin	Guter Schlaf bei erhöhter Rückenlage
11./III.	37	112	30	108	22	1400	120	30	112	22	dto.	dto. Ascites geringer
12./III.	37	124	40	118	30	1800	122	40	116	22	dto.	Herzarhythmie gesteigert
13./III.	37·7	124	42	120	40	900	120	40	118	39	dto.	Etwas Schlaf
14./III.	37	124	42	100	28	900	124	34	120	26	2× täglich 1·5 Oxykampher, 2·00 Diuretin	Zunehmende Oedeme, Ascites
15./III.	37·2	104	40	116	30	350	110	34	110	25	dto.	Nachts Schlaf
16./III.	37·1	120	40	120	21	400	130	36	124	28	dto.	dto.
17./III.	36·5	128	32	112	23	1000	120	36	118	28	dto.	dto.
18./III.	37	112	40	110	30	700	120	34	118	28	dto.	dto.
19./III.	37	112	32	108	22	500	130	34	124	27	dto.	Nachts weniger Schlaf
20./III.	36·6	144	36	138	28	1000	120	30	119	24	dto.	Guter Schlaf
21./III.	36·5	116	24	110	22	700	110	30	108	24	dto.	dto.

Pat. konnte Nachts zwei Stunden schlafen. Gegen 1 Uhr trat wieder heftige Dyspnoë auf und dauerte bis zum Morgen, an dem Pat. abermals 1·00 Oxykampher erhielt.

6./III. Herzarhythmie. Pulsspannung äusserst gering. Ascites, Dyspnoë wieder zunehmend. Tägliche Harnmenge sehr gering. (S. Tabelle.)

Pat. erhält um 4 Uhr Nachmittags 2·00 Oxykampher pro dosi und Diuretin 5·00 in dos. Nr. V. und weiter 1·5 Oxykampher pro die.

8./III. Bei fortgesetzter Diuretintherapie steigt die Diurese. Dyspnoë wird bei gleichzeitiger Verabreichung von Oxykampher geringer. Pat. kann zeitweise liegend im Bette zubringen. Oxykampher wird versuchsweise ausgesetzt, um zu untersuchen, ob durch die grössere Diurese allein die Beschwerden abnehmen.

9./III. Trotz ausgiebiger Diurese tritt wieder bedeutende Orthopnoë auf. Sie bittet um Oxykampher, von dem sie Erleichternng erwartet.

10./III. erhält Pat. wieder Oxykampher zweimal täglich je ein Gramm. Die dyspnoischen Beschwerden nehmen nach circa einer Stunde sichtlich ab, die Zahl der Athemzüge wird geringer (s. Tabelle). Pat. kann erhöhte Rückenlage einnehmen, der Gesichtsausdruck wird frischer.

11./III. Pat. konnte Nachts einige Stunden schlafen, erst am Morgen trat wieder Dyspnoë auf.

13./III. Da sich Pat. wohl fühlt, wird Oxykampher versuchsweise wieder ausgesetzt.

14./III. Seit Früh wieder heftige Dyspnoë. Pat. erhält demnach um 10 Uhr 1·00 Oxykampher, der ihre Beschwerden wesentlich verringert. Die weitere Beobachtung ergibt sich aus der Tabelle, in welche zur Vergleichung auch die täglichen Harnmengen, sowie die anderen jeweilig gereichten Medicamente aufgenommen sind.

Am 26./III. trat bei starker Cyanose wieder gesteigerte Arhythmie und sehr schwacher Puls ein.

28./III. Seit drei Tagen Obstipation. Sehr schwache Diurese. Therapie: Kalomel.

30./III. Kalomel ohne Erfolg; etwas blutige Stühle, starker Tenesmus. Diurese sehr gering.

31./III. Punctio abdominis. Es werden 3800 g fibrinreicher Flüssigkeit vom specifisch. Gewicht 1015 abgelassen. Camphor. 0·1, Coffeïn 0·2, Zweistündig ein Pulver. Oxykampher ausgesetzt.

1./IV. Pat. fühlt sich kräftiger. Dyspnoë aber besteht unverändert fort. 4 Uhr Nachmittags 2 g Oxykampher.

2./IV. Dyspnoë stark abgenommen. Pat. fühlt sich Nachts wohl; der günstige Zustand hält auch während der Morgenvisite an.

9./IV. trat bedeutende Verschlimmerung ein; Ascites in Zunahme, Abdomen stark aufgetrieben, sichtbar zunehmende Cyanose, Dyspnoë anhaltend trotz 2·00 Oxykampher.

10./IV. Unter zunehmender Cyanose und Dyspnoë $^1/_2$1 Uhr Exitus.

Obductionsdiagnose: Insufficientia valvulae mitralis et valv.

tricuspidal. cum stenos. ostior. venos. bilateral. levis gradus. Hypertroph. ventricul. dextri et atrophia ventric. sinistr. Dilatatio atriorum cordis. Hyperaemia mechanica universalis, hydrops ascites et anasarca. Tuberc. obsoleta apic. pulmonum.

(Schluss folgt.)

REFERATE.

Interne Medicin.

Die Wanderniere und ihre Behandlung. Von Dr. Max Einhorn.

Die Binde ist ein sehr werthvolles Mittel, wenn man von ihr eine Erleichterung nur der Symptome erwartet, welche die grössere Beweglichkeit der Niere (und anderer prolabirten Bauchorgane) veranlasst. Erwartet man jedoch, dass dieselbe zugleich alle bestehenden Beschwerden (Magen- und Darmaffectionen) beseitigt, so wird man überall Enttäuschungen antreffen. Die Magen- und Darmbeschwerden müssen nach den allgemein jetzt herrschenden Principien behandelt werden, und wird man zuerst eine genaue Diagnose stellen müssen, bevor man eine erfolgreiche Therapie einschlägt. Ausser einer gut passenden Leibbinde (das Nierenkissen kann fast immer weggelassen werden) besteht die medicinische Behandlung in der Hebung der Ernährung und Kräftigung des Organismus. Erstere geschieht durch reichliche Fütterung (Uebererernährung), so dass eine Gewichtszunahme erfolgt; letztere durch Gymnastik und vielleicht auch durch allgemeine Massage und Elektricität. In einigen Fällen hat Vf. nach einer erheblicheren Gewichtszunahme nicht nur ein Verschwinden sämmtlicher subjectiver Symptome, sondern auch ein Zurücktreten der im zweiten oder selbst dritten Grade zuvor beweglich gewesenen Niere in ihren normalen Platz, so dass letztere nicht mehr palpirt werden konnte, beobachtet. Die specielle Nierenmassage ist nicht besonders nöthig.

Vf. erörtert die Frage, ob die Behandlung der beweglichen Niere eine chirurgische oder medicinische sein soll und spricht sich auf Grundlage seiner eigenen Erfahrungen zu Gunsten der medicinischen Behandlung aus, und zwar aus folgenden Gründen: 1. Die Resultate der inneren diätetisch-mechanischen Behandlung sind sehr günstig, sobald die Magen- und Darmsymptome nach

den modernen Methoden gehandhabt werden, für die Hebung der Ernährung gesorgt, und, wo nöthig, das Tragen einer geeigneten Leibbinde empfohlen wird. 2. Verlaufen sehr viele Fälle von Wanderniere ganz symptomlos. Man findet einen grossen Procentsatz von Verdauungsstörungen bei Wandernieren-Patienten, weil jene Beschwerden erst Gelegenheit geben, die betreffenden Patienten zu untersuchen. Würde man sämmtliche gesunden Personen untersuchen, so würde sich sehr bald herausstellen, dass Verdauungsstörungen bei Wandernieren-Besitzern vielleicht gar nicht viel häufiger auftreten, als bei den übrigen mit normal gelagerten Nieren. Diese Verdauungsbeschwerden beruhen in der grössten Mehrzahl der Fälle nicht auf der beweglichen Niere, sondern auf anderen allgemein zu findenden Ursachen; mit einer Operation der Niere würde man daher das Uebel gar nicht beseitigen. Die bewegliche Niere ist ferner nur eine Theilerscheinung der allgemeinen Enteroptose, und wäre mit einer Annähung der Niere die Ptose der übrigen Organe nicht gehoben. 3. Sind die Resultate der Nephrorrhaphie keineswegs bessere als die der rationell medicinisch behandelten Fälle. In etwa einem Drittel der operirten Fälle sind schlechte Resultate; dazu kommen noch die Gefahren der Operation selber, deren Mortalität auch jetzt noch etwa 2% beträgt. Die Nephrorrhaphie kann eventuell in seltenen Fällen in ihre Rechte kommen, sobald ein Zusammenhang der Symptome (sowohl der directen als auch der Magen-Darmbeschwerden) mit der beweglichen Niere in hohem Grade erwiesen erscheint, und die diätetisch-mechanischen Behandlungsmethoden gänzlich fehlgeschlagen haben. — (Zeitschr. f. diät. u. physik. Ther. Bd. 2, H. 1.)

Ueber die Behandlung der Aneurysmen mit subcutanen Einspritzungen von Gelatine. Von Dr. Lanceraux und Paulesco, berichtet von Dr. Burwinkel.

Lanceraux und Paulesco stellten in der Académie de médecine einen Kranken vor, der an einem enormen Aortenaneuryma gelitten hatte; nach Behandlung mit subcutanen Einspritzungen von Gelatine war Heilung erfolgt. Seither ist diese neue Methode in verschiedenen Fällen von Aortenaneurysma und auch in einem Fall von Aneurysma der Art. subclavia von diesen Autoren mit grossem Erfolg angewandt. (Berichte darüber im Journal de médecine interne.)

Die Aneurysmen können spontan heilen, indem das Blut in



dem aneurysmatischen Sack zur Gerinnung kommt; dieser Sack schrumpft dann nach und nach zusammen und kann schliesslich ganz verschwinden. Diesen Vorgang hat man auch therapeutisch durch die verschiedensten Mittel zu erreichen versucht, und zwar durch directen Druck, Ligatur, Elektro- und Akupunctur, Injection von coagulationsbefördernden Medicamenten etc.; doch liess der Erfolg zu wünschen übrig, zumal bei Aortenaneurysmen.

Dastre und Floresco machten die Beobachtung, dass Einspritzungen von Gelatine in hohem Masse die Gerinnungsfähigkeit des Blutes beeinflussen. Diese Eigenschaft der' Gelatine hat man darauf therapeutisch zu verwerthen gesucht, indem man Leuten mit inoperablen Aneurysmen Einspritzungen mit Gelatine applicirte. Soll das Blut in einem Blutgefäss zur Gerinnung kommen, so ist hiezu erforderlich, dass der Blutstrom verlangsamt und dann, dass die Innenwand des Gefässes nicht ganz glatt ist. In der Mehrzahl der Aneurysmen sind diese Bedingungen gegeben. Erhöht man nun künstlich die Gerinnungsfähigkeit des Blutes, so steht um so eher eine Obliteration der aneurysmatischen Ausbuchtung zu erwarten.

Beim Thierexperiment fanden Lanceraux und Paulesco zunächst Folgendes: Entnahmen sie der blossgelegten Carotis eines grossen Kaninchens etwa 5 cm^3 Blut, so zeigte dasselbe in der Glasröhre nach drei Minuten Neigung zum Gerinnen; nach vier Minuten war es fest geronnen. Darauf wurden dem Versuchsthier nach und nach — innerhalb fünf Minuten — 100 cm^3 einer 2%igen sterilisirten, auf 38° erwärmten Gelatinelösung in die Bauchhöhle eingespritzt. Das $1/2$ bis 1 Stunde nach der Injection entzogene Blut war schon nach einer Minute vollständig geronnen. Das nach zwei Stunden entnommene Blut hatte dann schon wieder zweieinhalb Minuten nöthig zur völligen Gerinnung. Im Uebrigen hatte dieser Eingriff nicht die mindesten schädlichen Folgen für das Thier.

Lanceraux und Paulesco haben bei fünf Kranken mit Aneurysmen die subcutane Injection von Gelatinelösung angewandt; von diesen Fällen sei einer ausführlich mitgetheilt:

46jähriger Sticker, keine Heredität, keine Lues. Mit 17 Jahren Herzpalpitationen, mit 19 Jahren Sumpffieber. Seit vier Jahren anstrengende Maschinenarbeit; schon nach sechs Monaten stellten sich heftige Neuralgien im Bereich der rechten oberen Intercostalnerven ein, die in den rechten Arm ausstrahlten. Später traten Anfälle von Angina pectoris auf, und zwar fast täglich. Seit Juni 1896 musste die Arbeit eingestellt

werden; der Kranke bemerkte damals auch in der Höhe des 3. und 4. rechten Rippenknorpels eine mandaringrosse Geschwulst, die pulsirte und allmälig wuchs.

23./XII. 1896. Aufnahme. Status: Magerer blasser Mann. An der vorderen oberen Brustfläche ein kindskopfgrosser Tumor (12 cm Längs- und 12·5 cm Querdurchmesser). Die Knorpel und Enden der zweiten, dritten und vierten Rippen, sowie ein grosser Theil des Brustbeins sind durch denselben usurirt. Der Tumor überragt den linken Sternalrand um 3 cm und zeigt deutliche, mit der Carotis synchrone Pulsation. Ein Schwirren lässt sich nicht fühlen, bei der Auscultation hört man auf der Höhe der Geschwulst zwei Töne ohne Geräusch.

Herz selbst wenig vergrössert, Herzstoss im fünften Intercostalraum, nicht verbreitert, zweiter Aortenton klappend.

Radialpuls (100 pro Minute) an beiden Armen gleichzeitig und von derselben Stärke. Keine Zeichen von Arteriosklerose. Urin ohne Zucker und Eiweiss, 1·5 l in 24 Stunden.

Der Kranke leidet sehr, fast jede Nacht heftige Brustbeklemmungen. Nur die rechte Seitenlage ist möglich, jede andere Lage ruft keuchhustenähnliche Erstickungsanfälle hervor. Die Stimme wird dann gleichzeitig heiser. Der Tumor misst 14 und 15 cm im Durchmesser; an der Oberfläche zeigt er Beulen von weicher Consistenz.

Diagnose: Aneurysma des Aortenbogens.

20./I. 1897 wurden an der linken Hinterbacke 250 cm^3 einer 5%igen Gelatinelösung subcutan injicirt. Darauf Temperatursteigerung auf 38° und Röthung an der Einstichstelle; beide Erscheinungen sind am folgenden Tage verschwunden. Der Tumor fühlt sich dagegen härter an und die Pulsation desselben erscheint entfernter. Urin (1 l) zeigt nichts Krankhaftes. In den nächsten Tagen wird der Tumor kleiner, die Neuralgien werden erträglicher. Doch bald tritt wieder Verschlechterung ein, deshalb 10./II. 1897 wieder 150 cm^3 einer 1%igen Gelatinelösung injicirt, zunächst weder locale noch allgemeine Reaction. Doch werden die weichen Stellen der Geschwulst deutlich härter und kleiner. Die Neuralgien und Erstickungsanfälle hören gänzlich auf, jede Lage im Bett ist möglich. Vom 10./II.—1./V. 1897 noch 12 gleiche Injectionen. Der Tumor ist dann fest geworden, hat um 2, resp. 1 cm abgenommen. Pulsation nur noch fortgeleitet zu fühlen. Da alle subjectiven Beschwerden nachgelassen haben, erfolgt auf speciellen Wunsch am 25./V. 1897 die Entlassung. Trotzdem nun der Mann sich im Laufe des Winters wiederholt erkältete, auch einmal aus einem Omnibus fiel und oft bis in den 6. Stock eines Hauses gehen musste, hielt das Wohlbefinden ein Jahr lang an.

Seit Mitte Juni 1898 kamen die alten Beschwerden wieder, deshalb am 23./VI. zweite Aufnahme: Der Tumor hat noch die gleiche Consistenz, wie bei der Entlassung, aber an seinem unteren Theil hat sich eine neue, etwa nussgrosse Geschwulst gebildet, die ganz weich ist. Im Laufe der nächsten Woche werden zwei Injectionen von 200 cm^3 2%iger Gelatinelösung gemacht, mit dem Erfolg, dass der neugebildete Knoten härter und kleiner wird, gleichzeitig verschwinden die Neural-

gien; deshalb 3./VII. Entlassung. Ohne besondere Ursache stellen sich seit dem 12./VIII. wieder Neuralgien des rechten vierten Intercostalnerven ein, ausserdem bestehen Schluckbeschwerden. Die untere Geschwulst ist im Querdurchmesser gewachsen. Allgemeinzustand reducirt.

1./IX. 1898 dritte Aufnahme: Der obere grosse Tumor ist kugelförmig von holzartiger Consistenz, der untere ist weich und eindrückbar. Zwischen beiden verläuft eine seichte Furche.

Zunächst mehrstündiger Schlaf nach 0·02 Morphium (subcutan). Dann werden 200 cm^3 2%ige Gelatinelösung eingespritzt; bereits am folgenden Tag ist die Consistenz der unteren Geschwulst eine festere geworden und die Schmerzen sind weniger intensiv. Nach vier weiteren Injectionen sind obere und untere Geschwulst überall gleichmässig hart, alle Beschwerden sind zurückgegangen.

Die Gelatinlösung besteht aus 5 g weisser Gelatine in 200 cm^3 einer ($7‰$) Kochsalzlösung. Diese wird in Glaskolben zugeschmolzen und bei 120° sterilisirt. Dann stellt man die Kolben in einen Trockenofen (38°). Man nimmt am besten mehrere Kolben, da die Gelatine, welche trübe und nicht fest wird, unbrauchbar ist. Vor dem Gebrauch wird dann die Gelatine in einem Wasserbad von 37° verflüssigt und in den vorher gut desinficirten Injectionsapparat gebracht. Die Injectionsnadel wird tief in die Glutäalmusculatur eingestochen und die Einspritzung schnell (in 10 bis höchstens 15 Minuten) vorgenommen. Vorher wird die Haut gründlich gereinigt. Die Einspritzung ist so nicht schmerzhaft und die Flüssigkeit wird schnell resorbirt. Unangenehme Nachwirkungen kommen kaum vor. Doch lässt man hinterher den Kranken Ruhe beobachten und befühlt auch nicht gleich das Aneurysma, da man sonst die kaum gebildeten Blutgerinnsel verdrängt. — (Deutsch. Med.-Ztg. Nr. 93, 1898.)

Mittheilung über therapeutische Versuche mit Heroin. Von Dr. Georg Strube. (Aus der med. Klinik des Prof. Gerhardt in Berlin.)

Vf. hat das Heroin an circa 50 Patienten der Klinik erprobt. Nach Dreser's Versuchen hat das Heroin folgende Wirkungen: Die Athemfrequenz wird vermindert, die Länge der Inspiration beim einzelnen Athemzuge nimmt jedoch zu, die Kraft der Exspiration wird gesteigert. Eine Lähmung des Athemcentrums, so dass es auf Sauerstoffverarmung und Kohlensäureüberladung des Blutes nicht mehr reagirt, tritt nicht ein. Die Empfindlichkeit des Athemcentrums gegenüber mechanischer Dehnung der Lunge nimmt dagegen ab. Herz und Kreislauf werden nicht erheblich beeinflusst. Die Wirkung des Heroins ist

in den erwähnten Punkten stärker, als die des Codeïns. Die wirksame Dosis ist kleiner als die des Codeïns, der Spielraum zwischen wirksamer und tödtlicher Dosis weit grösser. Vf. gab es Phthisikern in der Dosis von 0·005 in Pillenform, er ging nicht über 0·01 pro dosi und 0·025 pro die hinaus. Der Erfolg war befriedigend. Die Patienten nahmen das Mittel gern, weil sie eine deutliche Linderung ihrer Beschwerden danach verspürten und Schlaf sich einstellte. Die Wirkung trat bei fast allen Patienten ein, und begann meist eine halbe Stunde nach Einnahme des Mittels, sie dauerte zwei bis vier Stunden. Patienten, die der beständige Hustenreiz am Einschlafen hinderte, schliefen nach einer Gabe von 0·005 Heroin die ganze Nacht hindurch ungestört. Andere mit erheblicher Secretion, Cavernenbildung etc. pflegten nach drei bis vier Stunden aufzuwachen und nahmen dann nach einer erneuten Hustenperiode noch eine Pille, mit der sie bis zum Morgen weiter schliefen. Auch Patienten, bei denen wegen Hämoptoë Husten zu befürchten war, erhielten das Mittel mit dem Erfolge, dass der Hustenreiz abnahm. Nur in wenigen Fällen von Phthisikerhusten versagte das Mittel und musste durch Morphiuminjectionen ersetzt werden. Die schmerzstillende Wirkung steht der des Morphins nach. Entsprechend der Verminderung des Hustenreizes trat ein oft ganz erhebliches Herabgehen der Athemfrequenz ein.

Nebenwirkungen schädlicher Art hat Vf. nicht beobachtet. Die Wirkung der üblichen Gabe hielt zwei bis vier Stunden an und konnte durch Repetition der Dosis wieder erreicht werden, wenn nöthig. Subjective Nach- oder Nebenwirkungen unangenehmer Art wurden nicht geklagt. Bei Patienten, die das Heroin längere Zeit nahmen, musste man allmälig mit der Dosis steigen, was anfangs mit 0·005 g erreicht wurde, erzielte man erst mit 0·01—0·015 pro dosi und 0·02 pro die. Als Indication würde Vf. alle diejenigen Zustände von Dyspnoë und Hustenreiz bezeichnen, bei denen man bisher Codeïn oder Morphium angewendet hat, dem Ersteren scheint es seiner speciellen Wirkung auf das Athemcentrum wegen überlegen, dem Morphium gegenüber scheint die allgemein narkotische Wirkung geringer zu sein. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 45, 1898.)

Die diätetische Behandlung der Arteriosklerose von Dr. Heinrich Bock.

Das einzige Mittel, das im Stande ist, beginnende Arterio-

sklerose zu verhindern, die bereits bestehende nicht allzu rasch zur unheilvollen Entwicklung kommen zu lassen und den in vorgerücktem Stadium daran Erkrankten ein erträgliches Dasein zu schaffen, ist einzig und allein in der Diätetik zu suchen. Dieser fällt die Aufgabe zu, die Widerstände im arteriellen Gefässgebiete dauernd zu verkleinern, den intracardialen Druck und Blutdruck zu verringern und die über die Norm gesteigerte Herzaction zu reguliren. Durch energisches Purgiren und Aderlass etc ist es möglich, die Blutmenge momentan zu verringern, aber nicht dauernd herabzusetzen, das geschieht einzig und allein durch die Regelung der Einnahme von Speise und Trank und die Anordnung zweckdienlicher Bewegung.

Bei dauernder Ueberfüllung des Gefässsystems, allgemeiner (wahrer) Plethora, partieller Plethora begünstigen die Entwicklung der Arteriosklerose: Kummer, geistige Erregungen, bei der arbeitenden Classe neben der körperlichen Anstrengung der viele Bier-, Tabak- und Schnapsgenuss. Bei der Aufnahme von Speisen und Getränken handelt es sich nicht nur um die richtige Quantität, sondern ganz besonders auch um die Qualität. Bezüglich der Qualität gelten folgende Regeln: Die Qualität der Speisen muss eine derartige sein, dass nicht durch Anhäufung schädlicher Stoffwechselproducte (Leukomaine, Ptomaine) sowie durch Zuführung von Nucleoalbumin in gewissen Fleischsorten ein Reiz auf die Gefässe ausgeübt wird, und dass bei der Zersetzung im Darmcanal keine zu reichliche Gasentwicklung stattfindet. Fleischsorten, die wenig Nucleoalbumin enthalten, sind: das sogenannte weisse Fleisch, Kalbfleisch, Huhn, mageres Schweinefleisch, Lammfleisch, gut ausgekochtes Rindfleisch oder als Ersatz dafür leimhaltige Substanzen, welche eiweisssparend sind, Lunge, Leber, Milz, Niere, Gekrös, weiche Knorpel junger Thiere, Ochsengaumen etc. Von den Gemüsen sind diejenigen vorzuziehen, welche bei der Zerlegung im Darmcanal am wenigsten (Sumpf-) Gas entwickeln, hauptsächlich junge, frische Gemüse, wie Spinat, Blumenkohl, frische Bohnen, Wirsing etc.; Hülsenfrüchte sind möglichst zu vermeiden. Von den künstlichen Eiweisspräparaten Eucasin, Sanatogen, Nutrose in Milch oder Fleischbrühe. Ist die Nahrungsaufnahme sehr gering zu setzen und kann das Fett wegen vorgerückter Circulationsstörung nicht mehr resorbirt werden, so kommt Zucker als compendiösestes Kohlehydrat und die feinen Mehlsorten in Form von Auflauf etc. mit Fruchtsaucen

in Anwendung. Die Milch kann in Form von süsser, saurer und Buttermilch in Verwendung kommen, doch ist dabei zu berücksichtigen, dass sie einen Wassergehalt von 87% hat.

Bei der Quantität ist im Allgemeinen zu beobachten, dass keine zu grosse Nahrungsaufnahme auf einmal erfolgt. Es müssen öfters und kleinere Portionen verabreicht werden und sind grosse Diners vollständig zu vermeiden. Der Arteriosklerotiker soll sich eigentlich niemals so recht satt essen.

Der Alkohol ist wegen seiner erregenden Eigenschaft auf das Herz und seiner toxischen Wirkung auf die Gefässe in nur ganz kleinen Mengen in Form von leichten Moselweinen oder Rothweinen, oder ganz kleinen Quantitäten gut gegohrenen Bieres zu gestatten. Starker Kaffee und Thee ist zu untersagen. Im vorgerückteren Stadium der Erkrankung ist der Alkoholgenuss gänzlich zu verbieten. Starke Weine, Cognac und Champagner dürfen nur als Arzneimittel verwendet werden; beim Champagner ist die Kohlensäure durch Umrühren zu entfernen. Als Wasser soll nur frisches Brunnen- und solches Mineralwasser gestattet werden, welches wenig Kohlensäure enthält oder auf die Ausscheidung der Urate wirkt, alkalisches Mineralwasser, Kronen-Salvatorquelle, Fachinger, Vichy etc.

Die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ist streng zu trennen, um nicht durch Zusammenfallen zweier schädigender Momente den Kreislauf zu überlasten. Die Flüssigkeit darf höchstens in ganz kleinen Quantitäten während des Essens gestattet werden, wenn der Patient durch Nichttrinken etwa seinen Appetit verlieren sollte. Die Menge der zu gestattenden Flüssigkeiten hängt von der jeweiligen Plethora und Herzkraft ab. Es muss genau festgestellt werden, welche Flüssigkeitsmenge das Herz am leichtesten überwinden kann. Dies ersieht man am besten aus der Differenzbestimmung zwischen Flüssigkeitsaufnahme und -Ausgabe, und diese Art der Flüssigkeitsregulirung ist bei Behandlung von Arteriosklerose niemals zu entbehren.

Die Menge der zu gestattenden Getränke dürfte im Allgemeinen 1000 bis 1500 g betragen, im Sommer bei grosser Hitze und starker Bewegung auch einige 100 g darüber. Bei harnsaurer Diathese ist besonders darauf zu achten, dass kein neues Moment zur Kalkablagerung oder zur Bildung von Steinconcrementen stattfindet. Es muss daher entweder das Getränk hauptsächlich aus lithionhaltigem Wasser bestehen (Salvator, Fachinger), oder

es muss eine entsprechende Erhöhung der Flüssigkeitsaufnahme erfolgen.

Speisezettel: Morgens 150 g leichten Kaffee oder Thee mit Milch, Chocolade, Cacao mit halber Semmel oder Zwieback, eventuell ein Ei.

Vormittags: 40 g Schinken oder kalten Braten mit halber Semmel oder 60 g Bouillon mit einem bis zwei Kaffeelöffel Eucasin, Somatose, Tropon etc. oder 50 g Quark (Topfenkäse) mit halber Buttersemmel, oder 80 bis 100 g Ochsengaumensalat, oder zwei weiche Eier, oder $^1/_2$ Pfd. frisches Obst mit halber Semmel.

Mittags: Keine Suppe oder höchstens 60 g (Mokkatasse) Fleischbrühe mit vielem Grünzeug und Gemüse abgekocht. 50 bis 200 g, zwei Schnitten gebratenes Kalbfleisch, oder mageres Schweinefleisch, Kitz- oder Lammfleisch, oder gut ausgekochtes Rindfleisch, oder ebensoviel Huhn oder Fisch; dazu 200 g grünes Gemüse oder grünen Salat und eine halbe Semmel. Nach Tisch etwas frisches, oder im eigenen Saft gedünstetes Obst. Eine halbe Stunde nach dem Essen 100 g leichten Moselwein oder Rothwein mit 100 bis 200 g Wasser.

Nachmittags: 150 g leichten Milchkaffee oder Thee, oder 250 g saure oder süsse Milch; bei grosser Hitze letztere mit etwas kohlensaurem Wasser. Während der Sommerszeit am Nachmittage 250 g frisches Obst, besonders Beerenobst; Patienten, die an grosse Nahrungsaufnahme gewöhnt sind, kann man noch einen Rettig mit wenig Salz und etwas Brot gestatten.

Abends ist Fleisch möglichst zu vermeiden (höchstens zwei- bis dreimal wöchentlich zu gestatten) und dafür Fisch oder leimhaltige Substanzen anzuempfehlen: Lunge, Leber, Milz u. s. w. in Sauce oder gebacken, Omelette mit Salat oder Compot; Reis, Gries, Sago, Hafer etc. in Milch mit Salz (nicht mit Zucker) gekocht oder in der Coteletform gebacken mit Salat oder Compot, oder Rühreier mit Schinken etc.; eine halbe Stunde nach dem Essen einen Viertelliter leichten Rothwein, Mosel- oder Obstwein mit einem Viertelliter kohlensaurem, oder natron- oder lithionhaltigem Wasser; in leichten Fällen einen halben Liter gut gegohrenes Bier, je nach der zu erlaubenden Flüssigkeitsmenge. Bei grossem Durstgefühle vor dem Schlafengehen etwas Obst (Kernobst). Bei Fällen in vorgerückterem Stadium ist die Nahrungsaufnahme Abends sehr zu beschränken und frühzeitig

zu verabreichen, höchstens ein Teller Suppe mit einem oder zwei Eiern oder ein kleines Stück Fleisch mit einer Viertelsemmel. Ist der Alkohol vorübergehend oder dauernd zu verbieten, so können alkoholfreie Apfel- oder Traubenweine, mit Wasser verdünnt, Limonade etc. als Getränk verwendet werden. Bei Fettsucht muss bei Zutheilung von Speisen und Getränken Rücksicht darauf genommen werden.

Speisezettel für einen fetten Arteriosklerotiker: Morgens 150 g leichten Milchkaffee oder Thee mit Hygiama und Saccharin, dazu ein Ei und eine halbe Semmel. Vormittags: Eine Tasse Bouillon mit ein bis zwei Kaffeelöffeln Eucasin oder Tropon, oder 40 g Schinken oder kalten Braten mit halber Semmel. Mittags: Keine Suppe, sonst wie oben. Als Getränk 200 g Citronenlimonade mit Saccharin. Nachmittags: Eine Tasse Milch mit Eucasin oder Nutrose, oder 150 g leichten Milchkaffee, oder frisches Obst. Abends: Eine Tasse Bouillon mit Eucasin etc. und zwei bis drei Eiern und halber Semmel, oder Lunge, Leber, Bries, Milz in Sauce oder gebacken, oder Fisch oder Kalbsbraten mit grünem Salat, 200 g alkoholfreien Wein, mit 300 g Salvatorwasser oder irgend einem lithion- oder natronhaltigen Wasser.

Neben der entsprechenden Ernährung spielt bei der Beeinflussung der Arteriosklerose eine Hauptrolle die Bewegung, und zwar in erster Linie die Geh- und Steigbewegung, sowie auch die passive Gymnastik mit verschiedenen, besonders Zander'schen Apparaten. Die Bewegung muss ebenso genau wie die Nahrung und Flüssigkeit dosirt werden, damit der Kranke nicht durch Uebermass ebenfalls Schaden erleidet. Für den Anfang nur ebene Wege und später mässige Steigung. Für schwere Fälle ist das Gehen in der Ebene die einzig anzuwendende Methode der Bewegung.

Für die Anfangsstadien der Arteriosklerose ist das Gebirge, gleichviel wie hoch gelegen, zu wählen; für Kranke im vorgerückteren Stadium muss aber der Zustand des Gesammtorganismus und des Herzens strenge berücksichtigt werden. Solche Kranke ertragen nicht über 700 bis 800 m Höhe, fühlen sich daher in tieferen Lagen, besonders am Meere, am wohlsten. Man schickt daher solche Kranke im Frühjahr nach Italien, im Sommer an die See, im Herbst nach Abbazia, im Winter nach der Riviera oder nach Egypten. Sehr wohlthätigen Einfluss, besonders auf ältere Kranke mit mässigem Grade von Arteriosklerose, üben

die Bäder von Wildbad, Baden-Baden, Gastein, Teplitz etc., bei stärkerem Grade die kohlensäurereichen Soolbäder von Nauheim, Marienbad, Rehme etc. aus.

Das Radfahren passt nur für das Anfangsstadium der Arteriosklerose und ist auch hier nur mit besonderer Vorsicht zulässig. Das Erlernen soll sehr langsam geschehen, die Touren sollen auf ganz ebenen Wegen gemacht werden und nicht von zu langer Dauer sein; grosse Anstrengung soll dabei nach Möglichkeit vermieden werden.

Nicht nur die mit dem Beruf einhergehenden Erregungen sind zu verbieten, sondern jede seelische, insbesondere geschlechtliche. Ein Arteriosklerotiker in vorgerücktem Stadium, gleichviel ob Gehirn- oder Herzgefässe erkrankt sind, soll seinen Beruf oder sein Geschäft aufgeben, wenn es seine Verhältnisse erlauben. (Der Kranke soll aber nicht, insbesondere wenn er durch viele Jahre an Thätigkeit gewöhnt ist, ohne jede Beschäftigung sein, man muss hier sorgfältig individualisiren. Ref.) — (Zeitschr. f. diät. u. physik. Ther. Bd. 2, H. 1.)

Chirurgie.

Die Sehnenüberpflanzung bei Lähmungen und Lähmungsdeformitäten am Fuss und insbesondere an der Hand. Von Prof. O. Vulpius.

Wenn man den Satz, dass erworbene, besonders paralytische Deformitäten leichter zu heilen seien, als angeborene Missbildungen, im Allgemeinen gelten lässt, so wird man sich doch in vielen Specialfällen „mindestens zur Hälfte irren". Während man beispielsweise sowohl den angeborenen, als den paralytischen Klumpfuss in gleicher Weise durch das modellirende Redressement zu einem wohlgeformten Fusse umzugestalten in der Lage ist, bleibt bei letzterer Deformität, die eben nur die secundäre Folge der Lähmung ist, der Functionsdefect bestehen. In solchen Fällen kann man aber den Versuch der functionellen Restitution durch die Sehnenüberpflanzung unternehmen. Die Aufgabe besteht darin, die Function eines gelähmten Muskels wieder herzustellen durch Kraftübertragung von einem gesunden Nachbarmuskel.

Die Technik der Operation ist nicht schwierig, jedoch muss naturgemäss, je nach der Vertheilung der Lähmungen, der

Operationsplan in jedem Einzelfalle von Neuem entworfen werden.

Die Vereinigung von Kraftspender und -Empfänger kann auf sehr verschiedene Weise erreicht werden. Von principieller Bedeutung und selbstverständlich ist, dass wir den functionell unwichtigen Kraftgeber ganz, den functionell wichtigen nur theilweise benützen dürfen.

Mittelst ausgiebiger Längsschnitte legen wir die gewünschten Sehnen frei bis zum Beginn ihrer Muskeln, deren Zustand und Färbung uns zur Revision der Operationsidee veranlasst. Dann schneiden wir die kraftüberleitenden Sehnen oder Sehnentheile ab und geben ihnen wohl auch ein möglichst stumpf gelöstes Stück des Muskelbauches mit auf den Weg, der, wo angängig, subfascial zum unverletzten Kraftempfänger führt. Centripetaler Zug an letzterem, centrifugaler an dem transplantirten Gebilde erzeugt die gewünschte Spannung, die nun durch eine Reihe von Nähten gesichert wird.

Recht zweckmässig ist das Durchflechten der Sehnen mittelst Knopflöcher, die im Kraftempfänger angebracht werden. Ist Plan und Ausführung richtig gewesen, so muss jetzt der Fuss dem Versuch erneuter fehlerhafter Stellung einen gewissen elastischen Widerstand entgegensetzen. Nach Anlegung der Hautnähte kommt über den aseptischen gleich der Gipsverband in gute Position. Bei gelungener Asepsis erfolgt unter dem ersten Verband die Heilung glatt und meist ohne wesentliche Schmerzen.

Auf solche Weise können wir am Unterschenkel sehr schön innerhalb der vorderen Muskelgruppe, von vorne wie von der Wade auf die Peronei und umgekehrt, oder, wenn nichts Anderes möglich, auch von der Wade bis zum Tibialis anticus transplantiren.

Auch am Unterschenkel kann man sehr häufig ein günstiges Terrain für die Sehnenüberpflanzung finden. Den so häufig gelähmten Quadriceps zu ersetzen wäre denkbar, wenn z. B. der Sartorius kräftig entwickelt ist.

Aber von ungleich grösserer Bedeutung würde sie an der oberen Extremität und insbesondere an der Hand sein. Bisher wurde die Parese der Hand oder partielle Lähmungen derselben als ebenso hoffnungslos angesehen, wie die Paralyse, und blieb unbehandelt. Die Versuche, in solchen Fällen mit der Sehnenüberpflanzung

helfend einzugreifen, sind in der Literatur noch weit seltener mitgetheilt als am Fuss und sie sind wohl auch bisher sehr vereinzelt nur angestellt worden. Vf. berichtet nun über drei Fälle. Die geschilderten Resultate sind noch keine befriedigenden in der Weise, wie wir sie bei den partiellen Lähmungen an der unteren Extremität mit Sicherheit erzielen können und zu sehen gewohnt sind. Die Verhältnisse liegen eben an der Hand sehr viel complicirter.

Immerhin zeigt die unzweifelhafte Besserung auch in diesen Fällen, dass der Weg ein richtiger und unter glücklichen Verhältnissen aussichtsreicher ist.

Der Vf. wünscht, dass dies neu erschlossene Arbeitsfeld recht bald dem Specialisten wie dem praktischen Arzt bekannt und interessant werden möge zum Wohle so manches nur anscheinend unheilbaren Krüppels. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37, 1898.)

Einfluss der Gastro - Enterostomie auf die Secretionsvorgänge des Magens. Von Dr. H. Kövesi.

In einem Falle, welcher die bekannte Trias von Erscheinungen bot, nämlich Pylorusstenose (gutartig), Hyperacidität und Gastroektasie (nebst Wundhypertrophie) hat K. die Veränderungen des Magenmechanismus untersucht und als die auffallendste die bedeutende Verminderung des Hyperaciditätsgrades, nämlich von 79 auf 42 und 38 festgestellt. Das Missverhältniss, welches bei gutartigen Pylorusstenosen zwischen dem Werthe der freien und der gebundenen Salzsäure besteht und nach Thomson durch die Werthdifferenz zwischen der freien Salzsäure und der Acidität numerisch ausgedrückt werden kann, betrug in diesem Falle vor der Operation 0·124, schwand nach der Operation und kehrte zum normalen Werthe zurück, nämlich auf 0·069 und 0·047.

Der mikroskopische Befund gab werthvolle Aufschlüsse über die Zurückbildung der Irritationszustände der Magenschleimhaut (durch das Verschwinden der Jaworski'schen Zellkerne). Parallel mit diesen Veränderungen besserte sich die Amylolyse, indem im Filtrate das Erythrodextrin nicht mehr nachweisbar war. Die Saccharification wurde immer vollkommener, was sich durch die Menge der rechtsdrehenden Substanzen nachweisen liess.

Bei der Untersuchung der Magendimensionen und der mo-

torischen Thätigkeit bot sich nicht das Bild der vollständigen Zurückbildung. Die untere Magengrenze rückte, drei Wochen post operationem, nur bis zu einer Höhe von 3 cm unterhalb des Nabels hinauf, während sie sich vorher 9 cm unterhalb des Nabels befand. Da aber, wie der Vf. im Eingange der Krankengeschichte hervorhebt, nebstdem auch Descensus ventriculi bestand, ist die Zahlenangabe (3 cm unterhalb des Nabels) nicht entscheidend, und das Resultat der Verkleinerung des dilatirten Magens jedenfalls besser, als in der Zahlenangabe zum Ausdrucke kommt. Die motorische Kraft des Magens ist nicht ganz sufficient geworden, da nach dem (Ewald-Boas'schen) Probefrühstück in einer Stunde noch 360, resp. 210 cm³ Mageninhalt ausgehoben werden konnten. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 34, 1898.)

Ueber einen durch Resection geheilten Fall von Knochensarkom der Tibia. Von Dr. Karewski.

Wiederholt schon ist es gelungen, Sarkome der Knochen, welche man früher als stricteste Indication für die Totalentfernung des betreffenden Gliedes hielt, durch Resection in der Continuität zu heilen. Auch ist in einzelnen Fällen durch die einfache Auslöffelung, resp. Ausmeisselung des Tumors aus dem Knochen ein dauernder Erfolg erzielt worden. Auch K. verfügt über einen derartigen Fall, der beweist, dass selbst bei ausgedehnter, sarkomatöser Degeneration der Knochen nicht einmal die sonst beliebte Continuitätsresection erforderlich ist, sondern dass in der That nichts weiter nöthig erscheint, als die Entfernung der erkrankten Masse, sobald es sich um ein myelogenes Riesenzellensarkom handelt. In diesem Falle hat K. den Condylus internus der Tibia grossentheils stehen lassen können. Wie die Röntgen-Photographie zeigt, hat sich der Defect nicht wieder ersetzt, nur an einer Stelle zeigt ein Schatten an, dass vom Periost her Knochenneubildung stattgefunden hat. Der Femur stützt sich ausschliesslich auf den Condylus internus der Tibia.

Dieser Fall hat, wie alle die Fälle von myelogenem Riesenzellensarkom, das allgemeine Interesse, immer von Neuem auf die palliativen Operationen bei derartigen Geschwülsten hinzuweisen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 34, 1898.)

Ueber Distorsionen im Fussgelenk. Von Dr. Reinhardt-Hatwig.

In der Regel werden unter Distorsionen Einrisse von

Ligamenten verstanden. Indessen konnte sich R. überzeugen, dass in vielen Fällen von Distorsionen (in 20 von 28) eine Knochenfissur oft noch lange Zeit nach dem Trauma palpirbar war.

Betreffs der Behandlung entscheidet die Statistik zu Gunsten der mobilisirenden Therapie. Jedoch muss im Hinblicke auf die Gefahr eines traumatischen Plattfusses streng individualisirend vorgegangen werden. Die oft als Ueberreste nach einer alten Distorsion zu findenden Kapsel-Hyperplasien müssen mechanotherapeutisch, durch Monate behandelt werden. Nur in extremen Fällen könnte ein Ausschälen der Kapsel indicirt erscheinen. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 49, H. 1.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Der Kaiserschnitt gegenüber der Kindersterblichkeit. Von Dr. Ed. Reynolds.

Der Kaiserschnitt bietet heute so günstige Chancen, dass derselbe bei noch kräftigen Gebärenden zweifellos den Vorzug verdient vor der Perforation der lebenden Frucht. Aber auch bei einer Wahl zwischen ihm und einer ungewöhnlich schwierigen hohen Zange oder schweren Wendung sollte man den Kaiserschnitt bevorzugen. Vf. stellt folgende Thesen auf:

1. Bei sehr verengten Becken, mit einer Conjugata vera von nicht über drei Zoll (etwa 7·5 cm) käme bei einer noch nicht durch lange Geburtsarbeit erschöpften Kreissenden nur die Sectio caesarea in Betracht.

2. Bei Erstgebärenden mit mässiger Beckenverengerung von einer Conjugata zwischen drei und vier Zoll (7·5 bis 10 cm) wäre der Fortgang der Geburt genau zu beobachten und das Weitere darnach einzurichten; immerhin sei die Eventualität des Kaiserschnittes im Auge zu behalten und die entsprechenden Vorbereitungen zu treffen.

3. Mehrgebärende mit mässiger Beckenverengerung würden nach dem Ergebniss der vorausgegangenen Entbindungen zu beurtheilen sein; lautet dieses ungünstig, so sollte der Kaiserschnitt schon von vornherein beschlossen werden.

Diese seine Anschauungen gründet Vf. sowohl auf das Studium der in der Literatur verzeichneten, als auch der eigenen Fälle, sowie solcher, die ihm von seinen Bekannten mitgetheilt wurden. Eigene Fälle hatte Vf., der seine Erfahrungen an einer

grossen Gebäranstalt sammelte, sieben, darunter zwei mit absoluter Indication, hiezu kamen drei Fälle aus seiner Consiliarpraxis, sowie weitere zwölf Fälle seiner befreundeten Anstaltscollegen.

Von allen 22 durch den Kaiserschnitt zu Tage beförderten Kindern sind 21 wohl; das letzte starb in kurzer Zeit, war aber vom Hause aus nicht recht lebensfähig, es hatte idiotische Anlage. Die Kinder der Mehrgebärenden, die früher auf andere Weise, durch schwere hohe Zange oder Wendung entbunden wurden, starben zum grössten Theil; Vf. selbst verlor in dieser Weise einige Kinder bei den vorausgegangenen Geburten. Nach den 75 vom Vf. oder einem der Anstaltsärzte vorgenommenen, durch hohen Forceps oder Wendung bewirkten Entbindungen war wohl nur eine Gebärende gestorben, und diese an Pneumonie, also nicht infolge der Operation selbst; doch ist bei noch kräftigen, nicht etwa schon erschöpften Frauen, die durch den Kaiserschnitt von geübter Hand entbunden wurden, die Sterblichkeit auch kaum grösser, als etwa 1%, wenn man die durch andere Momente, wie z. B. infolge der Narkose eintretenden Todesfälle, nicht mitrechnet.

Von den erwähnten 75 Geburten, die binnen zehn Jahren mittelst hoher Zange oder Wendung beendet wurden, waren 23 Todtgeburten. Von den 15 durch den Kaiserschnitt entbundenen Kindern aus derselben Gebäranstalt in Boston im selben Zeitraume starb keines, ebensowenig von den 22 Fällen, die oben erwähnt wurden, infolge der Entbindung.

Demnach ist die Sterblichkeit der Mütter beim Kaiserschnitt wenn dieser auf die geeigneten Fälle beschränkt wird, gleich mit der Sterblichkeit der Mütter nach sonstigen schweren Entbindungsmethoden; dagegen ist ersterer für das Leben der Kinder ungleich günstiger. Bei Frauen aber mit organischen Erkrankungen oder solchen, die schon erschöpft sind, ist der Kaiserschnitt wegen zu grosser Gefahr nicht angezeigt, man darf da das Leben des Kindes nicht über das der Mutter setzen.

Bei Erstgebärenden mit mässiger Beckenverengerung darf der Kaiserschnitt nicht als gleichberechtigt mit den anderen Entbindungsarten auf natürlichem Wege betrachtet werden; erst der Geburtsverlauf belehrt uns über den einzuschlagenden Weg.

Bei einer gesunden Gebärenden, die ein früheres Kind schon durch einen schweren geburtshilflichen Eingriff verloren hat,

bereitet man Alles zum eventuellen Kaiserschnitt vor, ist aber das Kind klein und in guter Einstellung, so kann die Zange wohl zweckmässiger sein. Ist der Operateur in geburtshilflichen wie in gynäkologischen Eingriffen gleich geübt und verspricht ein Fall kein günstiges Resultat für die Zange oder die Wendung, so wird er den Kaiserschnitt mit Recht vorziehen. Bei sehr engen Becken unter 3¼ Zoll ist der Kaiserschnitt unter sonst günstigen Bedingungen unbedingt zu wählen.

Ohne entsprechende Vorbereitung, Uebung und Assistenz soll Niemand einen Kaiserschnitt ausführen; in ungeeigneten Fällen ist er zu unterlassen. In geübter Hand kann aber die Indicationsgrenze des Kaiserschnittes bei gleicher Aussicht für die Mutter zu Gunsten des kindlichen Lebens erweitert werden. — (The Americ. Journ. of obstetr. Juni 1898.) H.

Die Geburt beim kyphotischen Becken. Von Dr. Klien.

Die quere Verengerung beim kyphotischen Becken beginnt mitunter schon im Beckeneingang; allerdings ist sie erst in der Beckenenge, sowie im Beckenausgang augenfälliger.

Die Verengerung in diesen beiden Ebenen betrifft aber nicht allein den queren, sondern auch den geraden Durchmesser. In vielen Fällen ist die Distanz der Trochanteren relativ kleiner als bei normalem Becken. Die Conjugata erscheint fast immer verlängert, die Beckenneigung ist gewöhnlich verringert, weshalb die Vulva nach vorn gerichtet ist. Von den kyphotischen Becken weisen an 30% gleichzeitig mit der queren auch eine allgemeine Verengerung auf.

Die Prognose der Geburt hängt hauptsächlich von dem relativen Verhältnisse der Distantia tuberum zu dem biparietalen Durchmesser, sowie von der Configurabilität des Kindskopfes ab. Bei tieferem Sitze der Kyphose ist auf eine spontane Geburt nicht zu rechnen, vielmehr muss diese meist künstlich beendigt werden.

Muss der Forceps angelegt und mit diesem die Extraction vorgenommen werden, so bestehen für die Mutter zweierlei Gefahren: Zersprengung der Symphysen und tiefe Scheidenrisse. Liegt das Vorderhaupt nach vorn, so ist der Geburtsverlauf häufig ein besserer.

Entdeckt man das kyphotische Becken noch während der Schwangerschaft und beträgt die Distantia tuberum 8·25 bis 6·5 cm, so ist es das Zweckmässigste, die künstliche Frühgeburt

einzuleiten. Kommt die Frau aber erst am Ende der Gravidität zur Beobachtung, so ist bei einer Distantia tuberum bis zu 5·75 cm auf einer Klinik die Symphyseotomie zu erwägen. In der Privatpraxis ist die Perforation auch bei lebendem Kind bei einer Distantia tuberum von 8—5·5 cm berechtigt.

Ist die Distantia tuberum grösser und soll die Geburt beendigt werden, so wäre zunächst ein vorsichtiger Versuch der Zangenextraction vorzunehmen; misslingt dieser aber, so ist baldigst die Perforation auszuführen.

Für den Kaiserschnitt besteht eine absolute Indication, wenn die Distantia tuberum geringer ist als 5·5 cm. Eine relative Indication dazu wäre bei einer Distanz von 5·5—7 cm vorhanden, wenn die Mutter durchaus ein lebendes Kind erwünschte und die Symphyseotomie nicht ausführbar wäre. Ausser bei Schieflagen soll nie die Wendung auf die Füsse vorgenommen werden. — (Arch. f. Gyn. Bd. 50, H. 1.) H.

Ueber Scheidentamponade. Von Dr. Auvard.

Sie wird nach Vf.'s Methode folgendermassen ausgeführt: Die Scheide wird desinficirt, ein zweitheiliges Speculum eingeführt, der Uterus eventuell fixirt, nun giesst man ein Liqueurglas voll Glycerin ein, verstäubt etwa ein Kaffeelöffel voll Jodoform noch in dasselbe, oder ein anderes antiseptisches Pulver, um dessen Wirkung mit der des Glycerins zu vereinigen.

Hierauf stopft man die Scheide mit einem 15 cm breiten, 5 m langen Streifen antiseptischer Gaze oder mit 5—8 Tampons hydrophiler Watte aus, bis die Scheide ganz ausgefüllt ist, dann entfernt man das Speculum mit der Vorsicht, dass die Tamponade in situ bleibt.

Die Tamponade bleibt zwei bis drei Tage liegen, dann wird sie vom Arzt entfernt und gleich wieder erneuert, so dass die Kranke eine beständige Tamponade behält. Die Dauer der Behandlung beträgt einen bis drei Monate mit Unterbrechung zur Zeit der Regel.

Diese Behandlung eignet sich besonders bei Salpingo-Oophoritis, bei Lageabweichungen des Uterus, bei pelveoperitonitischen Adhäsionen.

Bei der Salpingo-Oophoritis, wenn kein eitriger, blutiger oder seröser Ausfluss besteht, kann der sonst geübte chirurgische Eingriff umgangen werden, indem vollständige Heilung erzielt wird. Die Methode eignet sich aber nicht für acute Fälle. Diese

müssen zuerst antiphlogistisch in angemessener Weise behandelt werden; sind sie aber chronisch geworden, so ist die Tamponade am Platze.

Bei Lageveränderungen, insbesondere Retrodeviationen des Uterus gelingt es nach und nach, das Organ in die richtige Lage zu bringen, worauf ein Pessar eingelegt wird.

Adhäsionen löst die Tamponade allmälig; man kann hier diese Behandlung mit der Massage combiniren. Die Tamponade wirkt gleich gut bei den Adhäsionen, sei es der Ovarïen, der Tuben oder des Uterus mit benachbarten Peritonealüberzügen.

Die Glycerintamponade verursacht eine profuse seröse Secretion und schwemmt die Scheide aus; das Pulver wirkt antiseptisch. — (Centralbl. f. Gynäk. Nr. 12, 1898.) H.

Behandlung von Eiteransammlung im Becken. Von Dr. Josef Taber Johnson.

Abscesse in weiblichen Becken erfordern eine chirurgische Behandlung. Die vaginale Eröffnung ist rascher zu bewirken, als die abdominale, die Heilungsdauer ist eine viel kürzere. Der Shock ist dabei gering oder fehlt vollkommen.

Der Bauchfellraum ist nur selten zu eröffnen, ausser wenn Hysterektomie ausgeführt wird. Die Verletzung ist eine geringe, Därme, Blase, Ureteren, Netz, sowie die Bauchwand werden geschont, wodurch die ohnehin gefährliche Operation nicht noch verlängert wird.

Die Drainage nach unten entspricht den natürlichen Gesetzen, sie ist ausgiebiger und schonender. Keine entstellende oder gar schmerzhafte keloidartige Bauchnarbe wird erzeugt, auch das Entstehen einer Bauchhernie vermieden.

Die Mortalität bei vaginalem Eingriffe wegen Beckeneiterung ist weit geringer, als die bei der Enucleation tuboovarialer Abscesse mit umfangreichen Verwachsungen. Die Erfahrung hat gelehrt, dass die Entfernung abscedirter Organe zur symptomatischen Behandlung gar nicht nöthig ist. Völlige Heilung ist die Regel, Nachoperation eine Ausnahme.

Sollte sich doch eine secundäre Operation von oben her nöthig erweisen, so ist diese viel einfacher und heilsamer, da durch vorherige Entfernung des Eiters der Zustand der Kranken sich gebessert hat.

Die Vervollkommnung in der Operation der Eiterableitung durch die Scheide bei doppelseitiger Pyosalpinx hat eine Menge

neuer und zweckmässiger Eingriffe zur Reife gebracht, so die vordere und hintere Kolpotomie, die vaginale Hysterektomie etc.

Viele Kranke, die sich zu einem Bauchschnitt mit allen Folgen dieses Eingriffes: Narbe, Tragen einer Bauchbinde, Gefahr einer späteren Bauchhernie u. s. w. nicht entschliessen würden, geben zur vaginalen Operation leichter ihre Einwilligung.

Die späteren nervösen und physischen Beschwerden sind weit geringer, als nach abdominaler Radicaloperation. Es empfiehlt sich also für die Zukunft, den vaginalen Weg öfter einzuschlagen bei Beckeneiterungen, als den abdominalen. — (Americ. Journ. of obstetr. Juli, 1898.) H.

Augenheilkunde.

Ueber Ulcus rodens corneae. Von Prof. Schmidt-Rimpler.

Ulcus rodens, Ulcus serpens und Hypopion-Keratitis werden noch vielfach zusammengeworfen, obwohl sie sehr verschieden von einander sind und die Differentialdiagnose sehr leicht gestellt werden kann. Schon die Stelle des Sitzes ist eine andere; das Ulcus serpens geht fast stets von mittlerer Hornhautpartie aus und schreitet nach der Peripherie hin fort, das Ulcus rodens ist ein Randgeschwür, das centralwärts fortschreitet. Das Ulcus serpens neigt zur Perforation und ist zumeist mit Hypopion vergesellschaftet, das Ulcus rodens verläuft dagegen oberflächlich, hat also keine Neigung zur Perforation, Hypopion kann selbst bei grosser Ausdehnung des Geschwürs fehlen; es heilt am Rande und schreitet doch gegen die Mitte immer weiter vor.

Was die Therapie betrifft, so ist in manchen Fällen die galvanokaustische Zerstörung von Nutzen. „Wenn aber Fuchs in seinem Lehrbuche schreibt, dass man hiedurch mit Sicherheit das Geschwür zur Heilung bringt, so dürfte dies doch zu optimistisch ausgedrückt sein.“

Bei einer 61jährigen Frau, die Schm.-R. an Ulcus rodens behandelte, schritt trotz Kauterisation das Ulcus vor; es wurde darum dasselbe mit einem bandförmigen oben und unten gestielten Conjunctivallappen, der vom Rande mit Nähten hinübergezogen wurde, gedeckt. Der Lappen riss beim Verbandwechsel und späterhin trat wieder plötzlich Infiltration und Zerfall des Randes ein. Am 15. Tage nach der ersten Operation wurde der Rand abgekratzt und ein neuer Lappen von unten her zur

Deckung genommen. Das Geschwür schritt nun nicht weiter und heilte in relativ kurzer Zeit.

Ein andermal kamen solche Geschwüre unter Anwendung der Perídektomie, wiederholter Paracentesen neben warmen Umschlägen und Irrigation mit Aqua chlorata zur Vernarbung. Subconjunctivale Sublimatinjectionen, Abschneiden des überhängenden Geschwürsrandes, Touchiren mit Sublimatlösung 1% oder mit 20% alkoholischer Carbollösung werden als rationell gepriesen. — (Arch. f. Augenheilk. Bd. 38, H. 1.)

Königstein.

Eine neue Modification der Trichiasisoperation. Von Prof. Dr. Max Peschel.

Vf. hatte in Italien vielfach Gelegenheit, Trichiasisoperationen selbst zu erproben und auf ihren Werth zu prüfen. Nach seinen Erfahrungen gibt Jaesche-Arlt durchaus inconstante Resultate, indem der nach oben transplantirte Cilienboden oft wieder nach unten gezogen wird. Die Herabschiebung erfolgte auch, wenn nach Oettingen der ganze Tarsus herabgezogen worden war oder auch, wenn der Cilienboden am Tarsus durch die Naht befestigt wurde.

Bei Trichiasisoperationen soll keine Hautfalte ausgeschnitten werden; der richtigstellende Zug soll nicht von der Haut ausgehen und zudem ist ein faltenloses Lid, abgesehen von der Gefahr des Lagophthalmus, unschön. Es sind zwei Methoden, natürlich in den verschiedensten Variationen, als ausführbar zu empfehlen: 1. die Haut- oder Schleimhautplastik des Lidrandes mit Transplantation des Ciliarbodens; 2. die Streckung des Tarsus.

Die Streckung des Tarsus kann nach Streatfield und Snellen durch Excision eines prismatischen Streifens aus dem Tarsus, nach Panas durch Abtrennung und Verschiebung, respective Aufstellung des Cilien tragenden Tarsus, endlich durch Verdünnung des Tarsus mittelst partieller Abtragung bewirkt werden.

P. hat sie durch Kauterisation versucht und unterscheidet sich sein Vorgang von dem im Alterthum bereits bekannten und von den arabischen Aerzten vielfach geübten, dass diese einen transversalen Hautstreifen mittelst Glüheisen zerstörten, während er den Tarsus kauterisirt. Dieses Princip wurde übrigens schon von Bruch, Magni, Galezowski, Warlomont,

Schmidt-Rimpler und Anderen benützt. P. hat in mehreren Fällen mittelst Galvanokauters, unter Fixation der Lider mit Lidcompressorium, die Kauterisation von der Lidhaut aus bis auf den Tarsus geübt und sehr gute und dauernde Resultate von dieser Methode gehabt. Durch eine an drei Punkten gemachte fractionirte subcutane Cocaïninjection war auch die Ausführung schmerzlos. Unangenehm war nur die lange Heildauer, da die vollständige Vernarbung nie unter vier Wochen beendet war, bisweilen auch viel länger dauerte. Die Methode opfert ferner ein Stück Lidhaut und hinterlässt eine mitunter rothblaue, sichtbar bleibende Narbe oberhalb des Cilienbodens. Deshalb führte P. eine andere Reihe von Operationen unter Schonung der Haut und Weichtheile aus, indem er diese zurückpräparirte, den Tarsus entblösste und die lineare Kauterisation auf ihm allein ausübte. Aber auch hier ist die durchschnittliche Heildauer drei bis vier Wochen. Es wurde daher bei einem neuen Falle die Naht in der ganzen Länge der Wunde angelegt, mit der Absicht, die Wunde möglichst zu verkleinern, theilweise prima intensio zu erreichen und einen eventuellen Abscess baldigst zu spalten. Es trat in der That prima intentio, jedoch in der ganzen Länge der Wunde ein, es bildete sich kein Abscess und der Brandschorf resorbirte sich. Nach acht Tagen war der Lidrand nur noch ein wenig verdickt, nicht mehr schmerzhaft und die Heilung unter richtiger Stellung der Cilien vollendet.

P. hat in den letzten zwei Jahren 24 Augen an 14 Personen operirt und berichtet darüber Folgendes: Die Operation geschieht unter Cocaïn 1:100, wobei eine Spritze für beide Oberlider, ja oft für alle vier Lider genügt. Bei der Fixation mit dem Lidcompressorium müssen die Weichtheile gründlich aus dem Bereiche der Kauterisationslinie entfernt werden. Die Kauterisation muss den Tarsus allein treffen, muss bis zu einer gewissen Tiefe vordringen, ohne ihn jedoch zu fenstern und muss gleichmässig sein. Die Haarbälge der Cilien sind zu schonen, die Dosirung des Effectes hängt von der Tiefe der Kauterisation und von ihrer Flächenausdehnung ab. Bei recht stark gewünschtem Effect muss die 3 mm von den Cilienwurzeln angelegte Schorflinie nach der von diesen abgewendeten Seite verbreitert werden. Man kann so mit Sicherheit einen Effect von 90° Drehung der gegen den Bulbus gerichteten Cilien erreichen. Infolge des Austrocknens und des unmittelbaren Zusammenschrumpfens des Gewebes durch

das glühende Platin kann sofort der Effect beobachtet und das Mass der Dosirung beurtheilt werden. Unter sämmtlichen Operationen kam nur einmal eine auf einen kleinen Bezirk limitirte Eiterung vor. Wenn also auch nach P. diese Operationsmethode nicht gerade als die einzig zu übende empfohlen wird, so werden ihre Vortheile dahin präcisirt, dass sie sehr einfach und leicht ausführbar, dass die Heilungsdauer sehr kurz ist, dass die Resultate dauernd sind, kosmetisch befriedigen und dass die Meibom'schen Drüsen, soweit sie noch erhalten sind, nicht geschädigt werden. — (Klin. Monatsbl. f. Augenh. Dec., 1898.) Königstein.

Laryngologie und Rhinologie.

Ueber Complicationen endonasaler Eingriffe. Von Dr. E. Wertheim.

Vf. weist darauf hin, dass die Infectionen nach operativen und anderen Eingriffen in der Nase zu den grössten Seltenheiten gehören. Seiner Meinung nach erscheint die Annahme berechtigt, dass besondere locale Schutzvorrichtungen sich daselbst befinden müssen. Dass dem Nasenschleime selbst eine bactericide Kraft innewohne, muss nach mehrfachen in dieser Richtung angestellten Experimenten als zweifelhaft bezeichnet werden. Wenn es trotz dieser angenommenen Schutzvorrichtungen doch zu Infectionserscheinungen kommt, so beschränken sich dieselben meistens auf die Schleimhäute der Nase und ihre nächste Umgebung. Diese Erscheinungen finden am häufigsten ihren Ausdruck in den Bildungen von Pseudomembranen, welche hauptsächlich nach endonasalen Aetzungen, insbesondere kaustischen, auftreten. Als auf dem Wege der Lymphbahnen fortgeleitete Infectionen sind die öfters nach endonasalen Operationen sich zeigenden Halsentzündungen (Angina) anzusehen. Die Infection kann aber durch Verschleppung auf dem Wege der Blutbahn erfolgen und an weit vom Eingriffspunkte entfernten Organen Entzündungserscheinungen, resp. allgemeine Krankheitsprocesse, erzeugen. Hieher gehören die nach endonasalen Eingriffen beobachteten Bildungen von Nieren- und Lungeninfarcten.

Trotz der schon erwähnten, verhältnissmässig grossen Seltenheit von Infectionen legt der Verfasser doch grosses Gewicht auf eine rationelle Asepsis bei der Vornahme von Nasenoperationen. — (Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 32.)

Ueber die Verwendung der Turbinotomie an der unteren Muschel. Von Dr. Grant.

Wir unterscheiden eine totale und eine partielle Turbinotomie (besser Conchotomie). Die totale wird vorzüglich mit Carmalt Jones' Ringmesser (Spokeshave) ausgeführt, dessen schneidender Theil jetzt in gekrümmter Form angefertigt wird, so dass er an der der Muschel anliegenden Seite convex, an der dem Septum anliegenden concav ist.

Die partielle Conchotomie kann mittels der Kneifzange oder anderer Instrumente, vorzüglich der Schlinge, ausgeführt werden. Dieselbe kann sich entweder auf das vordere oder das hintere Ende der unteren Muschel beschränken. Zur Anästhesirung wird das Cocaïn angewendet. Indicationen für die Operationen sind Störungen des Wohlbefindens, welche von Nasenverstopfungen infolge Vergrösserung der unteren Muschel ausgelöst werden. Im Allgemeinen kommen wohl Krankheiten der Nase, des Pharynx und Larynx in Frage, aber häufig genug ist auch das Gehörorgan in Mitleidenschaft gezogen. Die Indicationen für die totale Turbinektomie sind dieselben, jedoch muss man auf eine grössere Blutung gefasst sein und die nothwendigen Vorbereitungen treffen, sowie den Patienten mehrere Tage in Beobachtung (respective im Bette) behalten.

Wenn gleichzeitig Deformitäten des Septums (Deviationen oder Spinen) bestehen, muss natürlich erwogen werden, ob nicht früher diese Hindernisse zu beseitigen sind.

Die Resultate der Turbinektomie sind gewöhnlich ausgezeichnete und Carmalt Jones, welcher auf ihren Werth hingewiesen hat, verdient alle Anerkennung, wenn wir auch das Gebiet ihrer Anwendung beschränken müssen. — (Lond. laryng. society.)

Die Behandlung von Ozaena mit interstitieller Elektrolyse. Von H. Braat.

Diese Behandlungsmethode wurde schon vielfach angewendet. In erster Linie berichteten über Heilungen, respective Besserungen Cheval, Capart, Rousseaux, Bayer, Schmidt etc. In der Wiener laryngologischen Gesellschaft hat schon im Vorjahre Réthi einige Fälle von durch Elektrolyse gebessertem Ozaena vorgestellt. Während einige Autoren die Erfolge der Elektrolyse auf mikrobicide Wirkungen des elektrischen Stromes und des an der Kupferelektrode sich bildenden Kupferoxydchlorids zurückführen, glaubt B., dass durch die Elektrolyse die trophischen Nerven gereizt und ihre secretorische Function regulirt werde.



B. hat die unipoläre interstitielle Elektrolyse an 15 Fällen angewandt. Bei. dreien wurde die Behandlung aufgegeben, da sie ganz erfolglos blieb. (Allerdings wurde an zweien von diesen nachträglich eine Nebenhöhlenerkrankung nachgewiesen.) Bei einem fünfjährigen Mädchen wurde nach drei Sitzungen die Behandlung aufgegeben, weil sich Kopfschwere, Schwindel und Uebelkeit einstellten. Von den übrigen elf Patienten sind fünf entschieden als geheilt zu betrachten. In allen diesen Fällen trat ein deutlicher Erfolg schon nach wenigen (drei bis sechs) Sitzungen auf. An einem grossen Theil hat sich B. noch nach vier Monaten von ihrer andauernden Heilung überzeugen können. Der so unangenehme, für die Ozaena charakteristische Geruch war gänzlich geschwunden; auch die Krustenbildung nahm erheblich ab, jedenfalls erreichte sie niemals eine grosse Ausdehnung und etwaige Borken konnten mühelos abgelöst werden. — (Niederl. Ges. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Mai 1898.)

Dermatologie und Syphilis.

Einige Worte über die Form der Anwendung des Quecksilbers.

Von Prof. E. Welander.

Es kommt bei allen Quecksilberanwendungen zunächst darauf an, dass Hg in ausreichender Menge dem Körper einverleibt werde; ferner dass es rasch zur Aufsaugung gelange; endlich, dass es lange im Körper bleibe und nicht zu rasch durch Niere, resp. Darm ausgeschieden werde. Dabei muss es, wenn möglich, in einer Art applicirt werden, dass für den Kranken so wenig als möglich unangenehme Complicationen resultiren. Wird es durch den Mund verabreicht, so ist die Menge des eingeführten Hg so gering, dass damit kein zufriedenstellender Erfolg zu erzielen ist. Für alle Fälle ist darauf zu achten, dass die etwa zu verabfolgenden Pillen frisch bereitet seien, und nicht unverdaut durch den Darm gehen. Freilich kann die ganze interne Quecksilbercur durch einen auftretenden Magen-, Darmkatarrh illusorisch werden. Was die Injectionsmethode betrifft, so scheint W. sich für die unlöslichen Hg-Verbindungen, wie Kalomel- und Salicylquecksilber einzusetzen und den Vorzug vor den löslichen Präparaten zu geben. Sie werden zwar nicht so schnell wie die löslichen Verbindungen aufgenommen, aber noch immer schnell genug, dass man dabei von einem cito dieser Therapie sprechen kann. Auch das tuto der Behandlung ist dabei; doch hat man kein Recht, von einem jucunde

zu sprechen. Schmerzen an der Injectionsstelle, eventuell Lungenembolien, Anschwellung und in seltenen Fällen Neuritiden, von der injicirten Stelle ausgehend, sind die Nachtheile dieser Therapie. Die Remanenz ist aber eine ziemlich lange. Ein anderer Weg der Behandlung ist die endermatische Anwendung des Hg. Da ist zunächst die Einreibung grauer Salbe. W. hält daran fest, dass die Einreibungscur nur eine Einathmungscur sei; man müsste daher den Kranken in einer solchen Temperatur erhalten, damit das Hg verdunste und zur Einathmung gelange. Da ist auch nicht nothwendig, die Salbe zu verreiben. Schon die Ueberstreichung des Körpers mit der grauen Salbe ist hinreichend, kräftige Wirkungen zu erzielen, vorausgesetzt, dass der Kranke sich in einer, für die Evaporation des Quecksilbers günstigen Temperatur befindet. Von hier bis zur Quecksilbersäckchentherapie W's. ist nur ein Schritt. Und so sind wir bei dem Punkte angelangt, den W. schon früher besonders hervorgehoben hat. Ein mit Quecksilbersalbe bestrichenes Säckchen wird auf die Brust oder den Rücken gebreitet und bei entsprechender Temperatur (Bettwärme) erhalten. Die entweichenden Quecksilberdämpfe gelangen zur Einathmung und Wirkung. — Durch Untersuchung des Harnes kam W. zur Ueberzeugung, dass diese Behandluag eine so kräftige Resorption an Hg bewirkt, wie jede kräftige Injectionscur oder die sogenannte Schmiercur. Auch die Remanenz ist eine lange. Die klinischen Erfahrungen sprechen sehr zu Gunsten dieser Therapie. Dass hier von einem jucunde der Behandlung die Rede sein kann, ist selbstverständich, wenn wir diese Therapie mit irgend welcher anderen Behandlung in Vergleich stellen. — (Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 46, H. 1, 2 und 3.) Horovitz.

Ueber Suspensorien und ihren Ersatz. Von Dr. M. Friedländer.

Dass viele Suspensorien ihrem Zwecke gar nicht entsprechen, ist eine längst bekannte Thatsache; daher das Bestreben, neue Verbände in die Praxis einzuführen, die die geschwellten Hoden heben und, wenn nothwendig, auch comprimiren sollen. F. empfiehlt die von Dr. Gerson construirte, auf der einen Seite mit Zinkkautschukpflaster bedeckte und auf der anderen Seite ausgefranste schmale Binde, die nach vollzogener Rasur auf das erkrankte Organ gelegt wird. Man hüte sich vor zu strammer Application, weil leicht Hautgangrän eintreten kann. — (Dermat. Zeitschr. September 1898.) Horovitz.

Die Pikrinsäure als erster Verband nach Verbrennungen. Von A. Milez.

Dieser Verband wurde an mehr als 100 Fällen mit gutem Erfolge angewendet. M. verordnet folgende Lösung: Rp.: Acid. picric. 6.00, Alcohol. absol. 90.00, Aq. dest. 1200.00. Mit dieser Lösung wird sterile Gaze angefeuchtet und auf die gut gereinigte Wunde gelegt; darüber Sublimatwatta und Binde. Verbandwechsel erst nach 3 bis 5 Tagen. Ist eine gute Granulation vorhanden, dann kommen die üblichen Mittel. Diese Behandlung soll schmerzstillend, die Entzündung herabsetzend sein. — (Scottish Med. and. surg. Journ. Nach Monatsh. f. prakt. Dermat. Nov. 1898.)

Horovitz.

Die operative Behandlung des Lupus. Von Dr. A. Buschke.

Die Publicationen aus der Klinik Lang, ferner die Mittheilungen Fabry's, Cramer's, Urban's, Brun's u. v. A. haben die Aufmerksamkeit auf die radicale Exstirpation und nachfolgende Transplantation bei Lupus wachgerufen. Es ergab sich die Ueberlegenheit dieser Therapie gegenüber allen anderen dadurch, dass die Recidiven selbst nach grösserer Beobachtungszeit höchst selten wurden, ja oft genug gar nicht zum Vorschein kamen und daher eine radicale Therapie war. Auch in kosmetischer Beziehung ist diese Behandlung den anderen, sogenannten palliativen vorzuziehen. Selbstverständlich muss in der Narkose, respective unter Zuhilfenahme der Infiltrationsanästhesie operirt werden. Bei Eintritt von Recidiven muss sofort eine Nachoperation erfolgen. Bei der Uebertragung der Haut muss strenge Umschau gehalten werden, ob die zu übertragenden Stücke auch frei von Lupus sind. Ferner muss die Exstirpation der kranken Stellen gründlich gemacht und lupöses Gewebe nicht stehen gelassen, ebenso darf das Operationsterrain nicht mit tuberculösen Geweben inficirt werden. Um die Grenzen des erkrankten Territoriums zu markiren, wird das alte Koch'sche Tuberculin mit Vortheil injicirt und dann wird 1—2 cm jenseits der Reactionszone der Schnitt gelegt. Man versäume nicht, da wo die Excision und nachfolgende Transplantation eventuell die Verschiebung gestielter Hautlappen es ermöglichen, radical zu Werke zu gehen, von dieser Therapie Gebrauch zu machen, da man sonst den geeigneten Zeitpunkt verliert, und es dann umso schwerer wird, radical zu interveniren. Also reservirt B. die palliativen Behandlungsarten, wie die Excochleation und Paquelinisirung, die Pyrogallussäure-Aetzung,

Elektrolyse, und das Kreosotpflaster für die inoperablen Fälle. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47, 1898.) Horovitz.

Ueber einen Fall von schwerer Intoxication nach Injection von grauem Oel. Von Dr. R. Ledermann.

Ein 33 Jahre alter Mann acquirirt Syphilis, deren erste Symptome unter einer Schmiercur schwinden. Trotz grosser Mundpflege kam es zu Foetor ex ore und da Empfindlichkeit gegen Hg bestand, wurde die Quecksilbercur abgebrochen. Wegen Auftretens einer specifischen Alopecie Injectionen mit salicylsaurem Hg; doch auch diese Therapie wird aufgelassen, weil auf jede Injection Fieber auftrat. Es wurde nun graues Oel (Vigier) in Abständen von 5, 8 und 14 Tagen injicirt, und zwar je einen Theilstrich; im Ganzen 6 Theilstriche. Bei der letzten Injection trat auf der linken Backe eine Induration auf, die nach gemachter Incision noch Oleum cinereum enthielt. Es kamen dann noch zwei faustgrosse Infiltrate auf den Backen zur Entwicklung, zugleich starke Stomatitis mercurialis und Diarrhöen dazu. In diesem Stadium übernahm L. den Patienten in Behandlung: Der Kranke war elend, mit Gingivitis behaftet und von profuser Diarrhöe geplagt. Etwa drei grosse Infiltrate auf den Backen; ein viertes Infiltrat war schon incidirt. Unter Zunahme der erwähnten Symptome, trotz gründlicher Mundpflege, Incision der fluctuirenden grossen Geschwulst und Anwendung rationeller Diät und Darmmittel ging der Patient — es kam auch zu Albuminurie, Cylindrurie — zu Grunde. Zehn Wochen nach der letzten Injection kam es zu den erwähnten Symptomen und zu dem traurigen Ausgange. L. deutet diese Erscheinungen als Hg-Intoxication und benützt diesen Anlass, um seine Meinung über die Hg-Therapie auseinanderzusetzen. Zunächst verwirft er alle unlöslichen Hg-Präparate, da sie Schmerzen, unberechenbare Aufsaugung des Hg und möglicherweise Lungenembolien hervorrufen; freilich ist die Zahl der Injectionen eine geringere. Das graue Oel möchte L. aber ganz und gar aus dem Arzneischatze gestrichen sehen, da seine Aufsaugung eine so langsame, protrahirte, unregelmässige und oft sehr verspätete und daher gar nicht berechenbar ist. Er tritt lebhaft für die Injection löslicher Präparate, besonders des Sublimats ein; ferner lobt er die neuere Einreibungscur mittels Hg-Resorbin. Man ist im Stande, in zehn Minuten etwa 4 g Quecksilberresorbin zur Verreibung zu bringen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 45 u. 46, 1898.) Horovitz.

Zwei Cardinalpunkte bei der Behandlung des acuten Trippers. Von Dr. P. G. Unna.

Dadurch, dass die Kranken die Injectionen nur tagsüber machen, sammelt sich Secret während der Nacht in der Urethra an, es kommen ferner die schädigenden Erectionen hinzu, nicht minder die Bettwärme und die lange Zeit dauernde Harnansammlung in der Blase. Die Heilungscurve ist keine stetig abfallende, sondern eine remittirende, deren Erhebungen auf die ersten Morgenstunden fallen. Um diese Fehler zu vermeiden, lässt U. Tag und Nacht injiciren, und zwar anfangs alle zwei Stunden, später alle drei Stunden, dann alle vier Stunden, noch später alle fünf Stunden, eine Woche nachher alle sechs Stunden; zum Schlusse einmal im Tage. Dieses Sichausschleichen aus der Behandlung und die sofortige Einleitung der Therapie haben die besten Erfolge gehabt. — (Monatsh. f. prakt. Dermat. 1. Juli 1898.) Horovitz.

Schnelle und erfolgreiche Behandlung des Herpes Zoster. Von A. H. Ohmann-Dumesnil.

Folgende Arsenikcur wird empfohlen: Acid. arsenicos. 0·003, Pulv. piper. nigr. 0·15, Extr. gentian. qu. sat. ad pillul. I; solcher Pillen werden täglich drei Stück, u. zw. nach dem Essen, gereicht. Diese Pillen werden den flüssigen Arsenpräparaten vorgezogen. Aeusserlich wird ein Verband angelegt, nachdem die Bläschen mit Carbolkampher belegt wurden. — (The Saint Louis Med. and Surg. Journ. Nach Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 41, H. 1.) Horovitz.

Ueber das Wachsthum der Haare auf Favusnarben nach Scarificationen und Einpflanzung von Theilen des Haarschaftes. Von Dr. Menahem Hodara.

Vf. hat die kahlen, glatten Favusnarben, die nach abgeheiltem Favus übrig bleiben und keine Haare mehr zeigten, tief scarificirt und mit Haarschnitzeln, von den Haarschäften der Kranken herrührend, bepflanzt. Ein Verband mit Papier und Pflaster bedeckte das Ganze und wurde durch vier Wochen belassen. Als der Verband nach vier Wochen entfernt wurde, zeigte es sich, dass der grösste Theil der Haare mit dem Verbande mitging, einzelne Haare jedoch in der Haut blieben, wie es schien, in organische Verbindung mit der Hautdecke traten. Die mikroskopische Untersuchung nicht bepflanzter Haut zeigte keine Spur von Haaren

und Haaranlagen; ebensowenig die scarificirte und mit Seidenfädenschnitzeln bepflanzte. Die weitere mikroskopische Untersuchung der bepflanzten Haut zeigte ferner, wie die bis 4 cm langen, an beiden Enden scharf geschnittenen Schnitzel am unteren Ende sich verlängern, eine kolbige Auftreibung darbieten und sich mit einem Haarfollikel umgeben, ja zur Neubildung von Talgdrüsen Anlass geben, also den eingepflanzten Haarschaft sich einwurzeln und wachsen lassen. Der feinere Vorgang dieses Wachsthums soll von der Stachelschichte der Epidermis ausgehen und zunächst zu einer dichteren, äusseren Wurzelscheide des Haares, später zu einer inneren Wurzelscheide führen. Durch oftmaliges Einpflanzen einzelner Haare kam es zu einer relativ guten Behaarung der kahlen Stellen. (Nachuntersuchungen müssen erst feststellen, ob hier kein Beobachtungsfehler vorliegt. Ref.) — (Monatsh. f. prakt. Dermat. 15. Juli, 1898.)

Horovitz.

Kinderheilkunde.

Ein Beitrag zur Aetiologie der Darmeinschiebungen. Von Dr. R. Fischl.

Anlässlich der Beobachtung einer Invagination bei einem sechs Tage alten Säugling, deren Diagnose durch Austritt des invaginirten Darmes durch den Anus sich als zweifellos erwiesen und welche am siebenten Krankheitstage einen tödtlichen Ausgang herbeigeführt hatte, glaubt Dr. F. berechtigt zu sein, das Zustandekommen der Invagination auf die Application eines Klysmas mit der Kautschukbirne zurückführen zu können.

Er stellt sich vor, dass entweder das Ansatzstück in eine Darmfalte eingeklemmt und durch die eindringende Flüssigkeit immer tiefer gedrängt worden sein könnte oder dass der Inhalt des Mastdarmes, plötzlich nach aufwärts gedrängt, dieselbe Wirkung gehabt haben könne.

Man mag über die Zweckmässigkeit der erwähnten Instrumente wie immer denken, so dürfte es absolut schwer fallen, auf die von F. behauptete Weise das Zustandekommen des Mechanismus einer Invagination sich erklären zu können. — (Therap. Monatsh. Nr. 11, 1898.)

Injection von Lecithin und Eidotter bei anämischen und atrophischen Kindern. Von Dr. Alb. Muggia.

Ein Dotter eines ganz frischen Hühnereies wird in eine steri-

lisirte Schale gebracht, dazu $^1/_3$ des Gewichtes desselben von einer 7·5%igen Kochsalzlösung dazugefügt und mit einem Glasstabe gut verrührt, durch hydrophile Gaze filtrirt und davon 1 bis 10 cm³ subcutan injicirt, meist in der Lumbalgegend. Die Injectionen machen keinerlei Reizungserscheinungen, auch keine Albuminurie. Einen Erfolg kann man erst erwarten, nachdem man 20 Injectionen von mindestens 5 cm³ gemacht hat.

Die Injectionen wirken so wie die mit Lecithin, aber sie erzielen rascher eine Erhöhung des Körpergewichtes und eine Besserung des Allgemeinbefindens und werden zur Nachprüfung wärmstens empfohlen. — (Paediatria. October 1898.)

Zur Behandlung des Nabelschnurrestes. Von Dr. Roger Freih. v. Budberg.

Der Autor schlägt folgende Behandlung des Nabelschnurrestes vor, welche sich ihm ausserordentlich bewährt hat.

Nach dem ersten Reinigungsbade wird der Nabelschnurrest gut abgetrocknet und mit einem in Alkohol getauchten Streifen Bruns'scher Watte umwickelt, darüber eine zweite Lage Watte locker herumgethan und dann die Nabelbinde angelegt.

Der Verband wird bis zum Abfall des Nabelschnurrestes 1 bis 2 Mal täglich gewechselt, entweder mit fortgesetzten Bädern oder ohne dieselben.

Die ersten Verbände wurden mit absolutem Alkohol gemacht, jedenfalls muss er fuselfrei sein.

Wenn die empfindlichen Genitalien oder wunde Stellen mit dem Alkohol auch in Berührung kommen, ist der Verband schmerzlos, es entwickeln sich auch keine Reizungserscheinungen auf der Haut. — (Centralbl. f. Gynäk. Nr. 47, 1898.)

Fortschritte in der laryngologischen Untersuchung kleiner Kinder. Von Dr. Kirstein.

K. demonstrirte in der Sitzung der „Laryngologischen Gesellschaft" in Berlin ein von Escat in Toulouse erfundenes Instrument, welches die Kehlkopfuntersuchung bei widerspenstigen Kindern ermöglichen soll.

Das gabelförmige Instrument wird über den Zungengrund eingeführt und greift mit zwei Haken seitlich vom Larynx in die Sinus pyriformes. Wenn man dann das Instrument, nach unten drückend, nach vorne zieht, so kann mit dem eingeführten Spiegel leicht untersucht werden.

K. behauptet, dass sich das Instrument praktisch sehr bewährt hat und alle analogen Instrumente, welche die Epiglottis heben, weit übertrifft. K. hat nie Verletzungen mit dem Instrumente zu beklagen gehabt, obwohl er noch keine grosse Uebung in der Handhabung desselben besitzt — etwas gewaltsam ist die Untersuchung mit dem Instrumente von Escat allerdings.

K. ist damit beschäftigt, nach Escat's Muster ein gabelförmiges Instrument auch zur directen Besichtigung (Autoskopie) des kindlichen Larynx zu construiren. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 6, 1898.)

Ueber die Resultate der Diphtheriebehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Serumtherapie.

Der Bericht bezieht sich nur auf die wesentlichen Ergebnisse einer, denselben Gegenstand betreffenden und in Vorbereitung begriffenen Arbeit von C. Blattner.

In der Blattner'schen Arbeit wird die Vorserumperiode 1881 bis 1894 und die Serumperiode 1894 bis 1897 in Betracht gezogen, 1336 und 437 Fälle. Es ergaben die Fälle der Vorserumperiode eine Mortalität von 39·9%, der Serumperiode von 12·5%, bei den Operirten Mortalitäten von 66·1% und 35·6%, der Nichtoperirten von 14·2% und 5·6%.

Es ergab sich: 1. Die Morbidität des Cantons Zürich während der Serumperiode hat nicht wesentlich abgenommen. 2. Das Sinken der Mortalität ist ganz besonders für die ersten Lebensjahre zu constatiren. 3. In der Vorserumzeit kam die Hälfte aller auf die Klinik aufgenommenen Fälle zur Operation, in der Serumzeit nur 23·1% derselben.

Der Einfluss der Serumbehandlung ergibt sich: *a)* Aus der prompten Besserung des Allgemeinbefindens; *b)* aus der raschen Besserung des Localprocesses; *c)* aus dem raschen Abfall des Fiebers; *d)* aus dem raschen Schwinden der Lymphdrüsenschwellungen am Halse; *e)* aus dem Ausbleiben der Ausbreitung des Processes auf die Luftwege oder dem Ausbleiben der Steigerung schon vorhandener stenotischer Erscheinungen; *f)* aus dem Ausbleiben der Wunddiphtherie an Tracheotomirten, welche früher bei circa ein Drittel aller Fälle eintrat, und der Möglichkeit, die Canüle früher zu entfernen, als in der Vorserumzeit.

Ausgesprochene Nephritis (4·6%) und postdiphtheritische Lähmungen (12·5%) kamen so häufig vor wie früher, Exantheme in 8% der Fälle.

Es ist absolut sicher, das die Diphtherie im Canton Zürich in der Serumperiode viel weniger Opfer gefordert hat, als früher, höchst wahrscheinlich ist dies Effect der Serumbehandlung.

Es könnte diese Ansicht erschüttert werden, wenn Jemand den Nachweis führen könnte, dass diese günstigen Erfolge zur selben Zeit und unter möglichst gleichen Verhältnissen sich auch gezeigt haben, ohne Serumbehandlung und wenn andere Beobachter gleichwerthige Beobachtungen über die Nutzlosigkeit der Serumbehandlung erbringen würden.

In diesem Falle wäre dann die eigentliche Ursache der gefundenen Besserung der Mortalität noch zu suchen. — (Bericht über die Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Chir.; Beil. z. Centralbl. f. Chir. Nr. 26, 1898.)

Heilversuche mit dem Behring'schen Diphtherieheilserum an Meerschweinchen. Von Dr. F. Henke.

Der Autor erklärt als Motiv für seine Thierversuche, dass eine grössere Reihe von gelungenen Heilversuchen mit dem Diphtherieheilserum, namentlich von solchen mit entsprechenden Controlversuchen fehlt, und Behring selbst war am vorletzten Congresse für innere Medicin in Wiesbaden nicht im Stande, den Vorwurf dieses Mangels zu entkräften.

Es wird insbesondere betont, dass die Prüfungsversuche sich nicht auf die Bekämpfung der wirklichen vorausgegangenen Infection, sondern nur der Intoxication beziehen und dass es niemals gelungen ist, mit Tetanus inficirte Meerschweinchen durch Tetanusheilserum zu heilen.

Die vereinzelten Versuche von Paltauf, der intratracheal mit Bacterien inficirte Kaninchen rettete und solche von Roux und Yersin können nicht ausschlagende Beweise liefern, weil der Erfolg dieser künstlichen Diphtherie unsicher ist und die Verschiedenheiten im Verlaufe der Infection auf Zufall beruhen können.

Es wird betont, dass die durch den Löffler'schen Bacillus aus Versuchsthieren hervorgerufene Infection gar keine Aehnlichkeit mit der menschlichen Diphtherie hat; es handelt sich bei diesen schlechtweg immer nur um eine reine Intoxication durch die Toxine der eingebrachten Bacillen.

Die Bacillen gehen an der Impfstelle bald und vollständig zu Grunde, d. h. es gehen auch die Bedingungen verloren für die weitere und fortdauernde Bildung von Productionen von

Toxinen, d. h. mit anderen Worten, es ergeben sich aus dieser Betrachtung absolut andere Verhältnisse für die Wirkung des Heilserums beim Versuchsthiere und beim an Diphtherie erkrankten Menschen und engt die Verwerthung der etwa gefundenen Heilwirkung des Serums beim Versuchsthiere durch den erkrankten Menschen a priori beträchtlich ein, umsomehr, als ja das Antitoxin auf den Diphtheriebacillus selbst keinen schädigenden Einfluss ausübt. Die Culturen des Bacillus gedeihen im Heilserum ganz ausgezeichnet und behalten auch ihre Wirksamkeit.

Hervorgehoben wird als besonderer Vortheil des Thierversuches die Regelmässigkeit des Verlaufes der Erkrankung und die gute Möglichkeit der Beobachtung des klinischen Verlaufes der Krankheit bei demselben.

Die Methodik der Versuche: Injection einer von Menschendiphtherie gewonnenen zweitägigen Bouilloncultur in einer Dosis, die gerade noch ausreichte, um die Thiere durchschnittlich nach 3 bis 4 Tagen unter den charakteristischen Erscheinungen zu tödten (0·2 cm^3 auf je 100 g Meerschweinchen). Für jeden Versuch wurden drei gleiche Thiere verwendet, die Injectionen wurden 8, 15, 18, 24, 40 Stunden nach der Impfung gemacht und im Allgemeinen wurde das Thier zur Behandlung bestimmt, das nicht den am meisten kranken Eindruck machte. Ein Thier bekam Behring's Heilserum, ein zweites Rinder- oder Menschenserum, ein drittes blieb ganz unbehandelt.

Angewendet die Dosis zur Vergiftung der Versuchsthiere letalis minima einerseits und anderseits die volle für den Menschen, der 100 Mal schwerer ist, als das Versuchsthier, gebräuchliche Antitoxinmenge von höchstem Immunisirungswerthe. Es wurden im Ganzen 11 Versuchsreihen gemacht, und zwar mit folgendem Ergebnisse:

Es starben von 12 Heilserumthieren 3, von 7 Serumthieren 5, von 14 unbehandelten Thieren 11.

Der Vf. hält sich für berechtigt, zu schliessen: Es liegt eine unverkennbare Heilwirkung des Behring'schen Diphtherie-Heilserums im Thierversuche vor, auch gegenüber der schon ausausgebrochenen Infection, und es liegen hier die Verhältnisse offenbar günstiger als beim Tetanus.

Niemals trat eine sofortige Coupirung der Infection, bezw. der Intoxication sofort nach der Einspritzung ein und nie vor Ablauf von 24 Stunden eine merkliche Abnahme des Infiltrates an der Impfstelle, auch nie eine Sistirung der Gewichtsabnahme

vor Ablauf von 2 bis 3 Tagen. Lähmungen kamen bei den mit Heilserum Behandelten niemals vor.

Allein es hat sich auch herausgestellt, dass, wenn man mit der Behandlung länger als 20 Stunden nach der Inficirung beginnt, die Thiere trotzdem der Infection erliegen, einmal kam sogar der tödtliche Ausgang nach 18 Stunden, dass also die Aufhebung der Giftwirkung der Löffler'schen Bacillen im erkrankten Organismus durch die hypothetischen Antitoxine im Heilserum doch sehr ihre Grenzen hat.

Ueberhaupt wird man gut thun, auch nach den Erfahrungen des Thierexperimentes vor zu überschwänglichen Hoffnungen auf die Heilwirkung des Diphtherieserums zu warnen.

Rücksichtlich der Mischinfection bei der Menschendiphtherie mit Streptokokken spricht Dr. H. sich so aus: „Wenn es so häufig zu einer gleichzeitigen Streptokokken-Septikämie kommt, kann man doch wohl [illegible] Mitwirkung der Streptokokken bei dem diphtheritischen Process als einer verhältnissmässig bedeutungslosen Mischinfection nicht sprechen." Warum — sagt Dr. H. nicht — ein Versuchsergebniss ist dieser Ausspruch selbstverständlich nicht. — (Virch. Arch. Bd. 154, H. 2.)

Die Serumtherapie bei der Diphtherie des Auges und bei postdiphtheritischen Augenmuskellähmungen. Sammelbericht von Dr. R. Greeff.

Dr. G's. Sammelbericht zerfällt in drei Theile, in den Bericht über die Wirkung der Serumtherapie: 1. bei echter Diphtherie des Auges, 2. bei Pseudodiphtherie, 3. bei postdiphtheritischen Augenmuskellähmungen.

1. Es liegen die Resultate von 42 Fällen von echter Diphtherie des Auges vor, welche mit Serum behandelt worden sind, davon 37 mit einem vollen günstigen Erfolge.

2. Einzelne Erfahrungen von Serumbehandlung bei Pseudodiphtherie der Augen, dass keine ungünstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens oder der Augenaffection dabei beobachtet werden konnte.

3. Die Erfahrung zeigte, dass die mit Serum behandelten Fälle durch eine grössere Anzahl und schwerere Formen von Augenmuskellähmungen auffallen. Ueber die Behandlung postdiphtheritischer Lähmungen mit Seruminjectionen lässt sich bisher nichts Sicheres aussagen, auch kein eclatanter Erfolg davon constatiren.



Hygiene und Krankenpflege.

Zur Verhütung der Senilitas praecox. Von Dr. Hermann Weber.

Die möglichst lange Erhaltung der Fähigkeit, geistig und körperlich kräftig zu bleiben hängt ab von der guten Ernährung der lebenswichtigen Organe, besonders der Organe des Kreislaufs vom Herzen bis in die feinsten Capillaren, die Venen und Lymphgefässe. Wenn die feinen Gefässe des Gehirns ihre Energie verlieren, so entarten die Nervenzellen und die mannigfaltigsten Erscheinungen sinkender Gehirnthätigkeit treten ein, bald mehr in der denkenden Sphäre, bald mehr in den Functionen der grossen Ganglien der Gehirnbasis. Ebenso ist es mit den Entartungen der feinen Gefässe des Herzens, der Drüsen, des Magens und Darms.

Die Kreislaufsorgane üben den grössten Einfluss aus; man muss zeitig der Erhaltung ihrer Leistungsfähigkeit Aufmerksamkeit widmen. — Wichtig ist die Beachtung der Neigung zur frühen Entartung gewisser Systeme und Organe in Familien. Man muss deshalb in jedem Falle in Erfahrung bringen, welche Neigung zur Entartung bei den Eltern und Blutsverwandten zu bestehen scheint. So gibt es viele Familien, in welchen die Gehirngefässe früh entarten, besonders durch atheromatöse und verwandte Processe, und zwar mehr bei den männlichen als den weiblichen Gliedern. Es hängt dies in vielen Fällen ab von zu reichlicher Nahrungsaufnahme, zu geringer körperlicher und geistiger Thätigkeit, oder zu viel Schlaf, nicht selten verbunden mit mehr als nöthigem Genuss von Nahrung und zuweilen dem geistiger Getränke und unmässigem Gebrauch von Tabak. Die Verhütung liegt in grosser Mässigkeit, reichlicher körperlicher Bewegung, vielfacher nicht einseitiger geistiger Thätigkeit von fesselndem Interesse und womöglich mit Erheiterung des Gemüthes.

Von grossem Nutzen für die meisten Menschen, auch solche, welche einen regelmässigen Beruf haben, ist die frühe Pflegung einer Nebenarbeit, eines sogenannten Steckenpferdes; denn die Berufsthätigkeit kann durch Verhältnisse abgeschnitten werden, und die Gründung von neuen Interessen ist nicht für Jeden in vorgeschrittenem Alter möglich, wenn man sie nicht früh begonnen hat. In England müssen die meisten Soldaten früh ihren Abschied nehmen, sehr oft schon vor der Beendigung des 50. Lebensjahres; bei den Civilbeamten ist dies etwas später

der Fall, aber viele können nach 60 nicht im Dienste bleiben; auch Kaufleute, Fabriksbesitzer und Gewerbsherren ziehen sich oft in diesem Alter zurück. Unter diesen Classen ist ein frühes Altern, besonders der psychischen Functionen sehr häufig, und wenn es gelingt, neue Interessen zu wecken, so ist die Hebung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit meist sehr mächtig.

Sehr mächtig sind Freude und Hoffnung. Kummer und Hoffnungslosigkeit erzeugen bei manchen Menschen solche Herabdrückung des Gemüthes, dass sie vollständig unthätig werden, dass sie ihre Theilnahme an der Umgebung verlieren, und dass ihnen Alles gleichgiltig wird. In mehreren Fällen hat Vf. nach schweren Verlusten, welche wie ein „Shock“ oder Stoss wirken, beobachtet, dass die Herzthätigkeit schwach und unregelmässig wurde, dass sich in kurzer Zeit Erweiterung des Herzens und Klappengeräusche entwickelten, dass Magen- und Darmthätigkeit fast zum Stillstand kamen und Oedeme auftraten. In mehreren Fällen trat dauernde Stumpfheit und eine Art von Dementia senilis ein. In anderen Fällen erfolgte innerhalb weniger Tage oder Wochen der Tod an „gebrochenem Herzen“. Vermindertes Athmen und unvollständiger Blutzufluss zum Gehirn mögen die Hauptagentien sein bei dem ungünstigen Einfluss von psychischer Depression. Es ist kaum möglich, die Einwirkung der Gemüthsverhältnisse hoch genug anzuschlagen, wenn auch die genaue Erklärung nicht ganz auf der Hand liegt. Es ist nicht zu verkennen, dass die Psyche an sich den ersten Eindruck empfängt und ausübt, aber das Herz und der Blutzufluss zu den Gehirnorganen bilden die mechanischen Zwischenglieder; vermehrter Blutzufluss bei den belebenden Einflüssen, wie geistige Arbeitsfreude, Hoffnung; verminderter Zufluss bei den herabdrückenden Einflüssen, wie Kummer, Hoffnungslosigkeit, geistige Unthätigkeit.

Es gibt viele Familien, in denen das Herz selbst den Anfang der Senilitas praecox zu bilden scheint. In diesen Fällen muss die Behandlung sehr zeitig beginnen, wenn sie erfolgreich sein soll. Schon mit 20 Jahren und früher muss man der Neigung entgegenwirken, und zwar besonders durch geregelte Bewegung verschiedener Art, vorzüglich durch Gehen mit mässigem Steigen, besonders nach dem bekannten Oertel'schen System der Terraincuren, Reiten, Rudern und andere körperliche Spiele. Nicht alle Spiele sind gleich gut; diejenigen mit plötz-

lichen heftigen Bewegungen sind viel weniger passend, als die mit regelmässiger, länger andauernder Bewegung. Auch mässiges Radfahren ist nützlich. Von besonderem Werthe aber für Kräftigung des Herzens sind methodische Athembewegungen, eine Reihe von tiefen Inspirationen mit Anhalten des Athems, abwechselnd mit vollständigen Exspirationen. Die gesundheitskräftigenden Methoden müssen nicht für ein paar Wochen oder Monate, sondern für viele Jahre, für das ganze Leben beharrlich durchgeführt werden. Von grossem Nutzen für viele Menschen, besonders solche mit sitzender Lebensweise, ist es, einen ganzen Tag in jeder Woche sich dem Aufenthalt im Freien, verbunden mit reichlicher Bewegung, zu widmen und dabei nur sehr wenig Nahrung und Flüssigkeit zu nehmen. Von ebenfalls sehr grossem Nutzen sind ein- oder zweimalige jährliche Bergtouren.

Bei einer anderen grossen Classe von Menschen, besonders Frauen, deren Nervensystem leicht erschöpft wird, ist die Hilfe oft sehr schwer. Diese Menschen bedürfen grosser Schonung der Kräfte und Verbesserung der Ernährung der Gewebe und Organe. Durch die Weir-Mitchell'sche Cur werden viele Leute dieser Classe gebessert, manche geheilt. Vf. hat häufig ohne diese etwas schwere Cur günstige Resultate erzielt.

(Schluss folgt.)

Kleine Mittheilungen.

Zur Darreichungsweise der Somatose. Joachim, der seit Jahren mit Somatose gute Erfolge erzielt, gibt im Medico ein bequemes Verfahren zur Lösung der Somatose an. Er lässt stets den Bedarf für einen ganzen Tag herstellen. Der Patient füllt ein Wasserglas halb voll oder ein Weinglas ziemlich voll mit kaltem Wasser. Auf die Oberfläche desselben schüttet er drei Kaffeelöffel voll Somatose (d. i. die Tagesportion für einen Erwachsenen), rührt nicht um, sondern lässt das Glas ruhig stehen. Nach Ablauf mehrerer Stunden ist ohne weiteres Zuthun vollständige Lösung eingetreten. An jedem Abend wird in dieser Weise der Tagesbedarf für den folgenden Tag angesetzt und mit einem Blatt Papier zugedeckt. Von dieser Lösung nimmt man dann am anderen Morgen am besten $^1/_3$ mit Milch oder Kaffee, das zweite Drittel am Mittag mit Brühe oder Suppe, das letzte Drittel am Abend mit Porterbier. — (Deutsch. Med.-Ztg.)

Untersuchungen über den Einfluss von Schlafen und Wachen sowie Bettruhe und Bewegung auf den Hämoglobingehalt des Blutes hat Edyecombe angestellt. Im Laufe des Tages sinkt die Zahl der rothen Blutkörperchen, um in der Nacht wieder zu steigen. Körperliche Anstrengungen steigern den Blutkörperchenzerfall zuerst, um dann eine Regeneration herbeizuführen. Ruhe während des Tages bewirkt einen geringeren Fall des Hämoglobingehaltes als Bewegung. Hierin sieht Vf. den Grund für die wohlthätige Wirkung, die Bettruhe bei Anämien ausübt. — (The Lancet; Berl. klin. Wochenschr.)

Ueber die Behandlung des Lupus mit Kalium hypermanganicum. Von P. Kaczanowski. Vf. beobachtete, dass Kal. hyp. Granulationsgewebe energisch zerstört, während gesundes Gewebe davon gar nicht angegriffen wird, und versuchte daraufhin das Mittel in 34 Fällen von Lupus, meist im Gesicht. Er erzielte, wenn er das Kal. hyp. in Substanz ganz fein gepulvert auf die lupösen Stellen brachte, jedesmal nach mehrtägiger Einwirkung Zerfall der kranken Gewebstheile, Aufschiessen von gesunden Granulationen und Ueberhäutung. Die Narbenbildung war ausserordentlich günstig. Die Heilungsdauer erstreckt sich jetzt bei einigen Patienten schon bis auf sieben Jahre zurück, ohne dass ein Recidiv aufgetreten wäre; die meisten sind allerdings erst erheblich kürzere Zeit beobachtet. — (Deutsch. Zeitschr. f. Chir.; Deutsch. Med.-Ztg.)

Ueber die Behandlung des Erysipels. Von Dr. Elmar Fischer. Vf. empfiehlt die Anwendung von Spiritus (85—95%) in Form von Umschlägen bei Hauterysipel. Er bedeckt den erkrankten Hauttheil mit Leinwandcompressen, die stets durch Aufträufeln von Alkohol feucht gehalten werden. Ein Fortschreiten des Processes will Vf. nicht beobachtet haben, wohl aber secundäre Abscesse geringen Umfanges. — (Petersb. med. Wochenschr.; Deutsch. Med.-Ztg.)

Eine Methode, um Milch verdaulicher zu machen für Personen, welche dieselbe nicht vertragen können, besteht darin, dass man dieselbe mit Eichelcacao kocht. Es bedarf dazu nur einer sehr geringen Quantität, gewöhnlich genügen 1—3 Theelöffel Eichelcacao auf ½ Liter Milch. Eine so bereitete Milch, die nur einen tonisirenden Geschmack nach Eichelcacao zeigt, wird von Personen vertragen, denen selbst Milch mit Zusatz

von Cognac oder aromatischen Tincturen widersteht. Bei diesen kleinen Quantitäten tritt die obstipirende Wirkung des Eichelcacao übrigens nicht hervor. — (Therap. Monatsh.)

Sauerstoff bei Morphiumvergiftung. Bei einer Frau, die 2 g Morph. aceticum in Lösung auf leeren Magen genommen hatte und die etwa drei Stunden später schwer komatös aufgefunden worden war, versagten Magenausspülungen mit Kal. hyp., Faradisation, Eingiessen von Kaffee und Cognac, Injectionen von Aether, Strychnin und Atropin etc. Playfair liess bei fortgesetzter künstlicher Athmung 9½ Stunden Sauerstoff einathmen. Es trat alsbald leichte Besserung ein, die aber sofort schwand, wenn der Sauerstoff beim Wechseln der Cylinder auch nur für wenige Minuten ausgesetzt wurde. Nach Verbrauch von 80 Cubikfuss Sauerstoff kam das Bewusstsein wieder, es kam zu völliger Wiederherstellung. Vf. glaubt, dass der Sauerstoff nicht nur günstig auf das Herz gewirkt habe, sondern auch das Gift direct zerstört. — (D. Ap.-Ztg.; D.-Am. Ap.-Ztg.)

Gegen Erbrechen nach Chloroformnarkose empfiehlt Thorance Rugh (Philadelph. polyclin.) Inhalationen von starkem Essig. Es genügt, ein damit getränktes Taschentuch dem Leidenden vorzuhalten, um das Erbrechen zum Schwinden zu bringen. Der Essig wirkt wohl in der Weise, dass er eine stärkere Secretion der Schleimhäute des Respirationstractes anregt und so die Endigungen des Vagus vor der directen Wirkung des Chloroforms schützt. — (New-Yorker med. Monatsschr.)

Vergleichende Untersuchungen einiger neuer Darmadstringentien (Tannalbin, Tanningen, Tannoform und Tannopin [Tannon]). Von G. Wesenberg. Die vom Vf. vorgenommene Prüfung der genannten Präparate erstreckte sich auf: *a)* die Pepsinverdauung nach der von Tambach angegebenen Vorschrift; *b)* die Menge des bei der Pepsinverdauung abgespaltenen Tannins; *c)* die Löslichkeit im Darmsafte bei dreistündiger Digestion bei 37°; *d)* auf die Menge des beim Schütteln mit Wasser abgespaltenen Tannins; *e)* auf die Menge des beim Schütteln mit Alkohol abgespaltenen Tannins. In Bezug auf Spaltbarkeit steht das Tannalbin den anderen Mitteln voran; es hinterlässt bei der Pepsinbehandlung etwa 50% unverdauten Rückstand, Tannoform etwa 70%, Tannopin 80%, während das

Tanningen hiebei fast gar nicht angegriffen wird. Wasser wirkt auf Tannopin und Tannogen nicht spaltend, wohl aber auf Tannalbin und Tannoform, infolge dessen wird sich beim Einnehmen der beiden letzteren ein unangenehmer Geschmack nach Gerbsäure geltend machen, so dass bei Kindern und empfindlichen Patienten Tanningen und Tannopin vorzuziehen sein werden. Das Verhalten zum Alkohol (96%) ist ein gänzlich verschiedenes: Da das Tannoform völlig und das Tannogen zum Theil löslich ist, so geben diese beiden Körper die grössten Reactionen auf Tannin; das Tannopin spaltet nur geringe Mengen Tannin ab und das Tannalbin steht in der Mitte. — Der von Hans Mayer beabsichtigten Schonung des Magens entspricht am vollkommendsten das Tanningen; dann kommen Tannopin und Tannoform und schliesslich das Tannalbin, dessen magenschonende Eigenschaft überhaupt in Frage gestellt werden kann. Was das Schicksal der einzelnen Verbindungen in Berührung mit dem alkalischen Darmsaft betrifft, so wird das Tannoform am raschesten zerlegt; dem letzteren folgen Tannalbin und Tanningen; in letzter Linie steht Tannopin, von dem nur etwa der zehnte Theil abgespalten wird, wie beim Tannoform, oder etwas mehr als der dritte Theil, wie beim Tannalbin und Tanningen. Tannopin dürfte infolge dessen in solchen Fällen, in denen es auf eine längere Adstringirung (z. B. bei hartnäckigen Dickdarmkatarrhen) ankommt, den anderen Darmadstringentien vorzuziehen sein, weil man infolge seiner langsameren Spaltung mit kleineren Dosen auskommen könnte, als von den drei anderen rascher spaltbaren Producten erforderlich sind. — (Parm. Centralh.; Deutsch. Med.-Ztg.)

Bechterew hat mit gutem Erfolge **Epilepsie** mit Adonis vernalis und anderen Cardiaca, combinirt mit Bromiden, behandelt. Er gibt ein Infus. Adon. vern. 180·0 mit 12 g Kal. bromat., täglich sechs Esslöffel; bei epileptischen Anfällen von äusserster Reizbarkeit setzt Vf. seiner Mixtur Codeïn hinzu. Wird Adonis vernalis nicht gut ertragen, verbindet Vf. ein Digitalisinfus von 0·5 auf 180·0 mit Natr. brom. und Kal. brom., täglich 4 bis 8 Löffel voll. Da epileptische Anfälle vielleicht durch Toxine ausgelöst werden, so ist es möglich, dass jene Mittel hier mehr als Diaphoretica nützen, vielleicht auch liegt die Erklärung in ihrer Wirkung auf die Vasomotoren. — (Neurol. Centralbl.; New-York. med. Monatsschr.)

Neuere Arzneimittel und Receptformeln.

Chininum-ureo-hydrochloratum hat sich nach Angabe von Salis-Cohen bei Malaria wirksamer als alle anderen Chininverbindungen erwiesen. Im Beginne der Cur wird dieses leicht lösliche Doppelsalz als subcutane Lösung (0·1 g auf 1 cm^3 Aq.) applicirt und hienach durch eine Woche Früh und Abends 0·6 g intern verabreicht. Liegt perniciöses Sumpffieber vor, so sind die subcutanen Injectionen mehrere Male zu wiederholen, wobei die Einstichstellen mit Tinct. Jodi bepinselt und mit Jodoform - Collodium bedeckt werden. Bei leichten Anfällen wird das Präparat nur innerlich, und zwar in Dosen à 0·6 g, das erste Mal 8 Stunden vor, das zweite Mal 8 Stunden nach dem Anfall ordinirt. Nachdem dies durch vier Tage fortgesetzt wird, erhält der Patient durch 14 Tage nur 0·6 g pro die, wobei am 6. und 13. Tage die doppelte Dosis zu nehmen ist. — (Ph. P.)

Orthoform neu. Der unter diesem Namen von den Höchster Farbwerken, vormals Meister, Lucius & Brüning, dargestellte m-Amido-p-Oxybenzoësäuremethylester unterscheidet sich von dem älteren Orthoform nicht bloss durch die viel weissere Farbe und wesentlichere Billigkeit, sondern auch durch den Umstand, dass er ein feines gleichmässiges Pulver ist, welches sich weit weniger zu Klümpchen zusammenballt. Wie Prof. Dr. E. Klaussner in der Münch. med. Wochenschr. mittheilt, bewährt sich Orthoform neu in gleich vorzüglicher Art bei Brandwunden, Fissuren, Geschwüren u. s. w. wie der frühere p-Amido-m-Oxybenzoësäuremethylester, d. h. das ältere Orthoform. — (Ph. P.)

Lanoform. Eine Verbindung des Formaldehyds mit Lanolin wird vom Apotheker W. Weiss in Berlin SO. mit dem Worte Lanoform bezeichnet und als ein Mittel in den Handel gebracht, welches, 1% Formaldehyd enthaltend, dieses erst durch die Körperwärme zur langsamen Entwicklung kommen lässt. Nach den von den DDr. Popp and Becker in Frankfurt a. M. gemachten Prüfungen haben die in Form von Streupulver und Crème vorkommenden Lanoformpräparate auf Eiterbacterien und Erysipelkokken eine allmälig sich verstärkende antiseptische und desinficirende Wirkung. — (Ph. P.)

Bei Gingivitis:

Rp. Cocaini 0·1
Tct. croc. 0·5
Syr. spl. 10·0

S. Zum Einpinseln. (Muskett).

Gegen Dysenterie:

Rp. Rad. Ipecac. deemetinisatae (emetinfrei) pulv. 0·5—1·25

M. D. S. Alle 4—6—8 Stunden 1 Pulver zu nehmen. — (Merck.)

Bei Darmblutungen:

Rp. Argenti jodici 0·16
Bol. alb. 4·0

M. f. pill. 30; detur ad vitr. nigr.

S. Täglich 3—5 Pillen zu nehmen. — (Ruhemann.)

Bei Phthisis pulmonum:

Rp. Piperidini guajacolici (Guajaperol) 5·0
Aq. dest. 120·0
Mucil. sem. Cydoniae } āā 40·0
Syr. spl.

M. D. S. 3mal täglich je 1—3 Esslöffel voll zu nehmen. — (Brit. med. Journal.)

Bei Malaria quotidiana ac. et chron.:

Rp. Methylenblau (Pyoktanini coerulei)
0·01 [1])—0·03 [2])—0·06 [3])—0·06 [4])—0·10 [5]), Nuc. mosch. q. s.

M. f. p. dentur tal. doses ad cap. amyl.

M. D. S. Tagsüber 4—6—7 Pulver zu nehmen. [1]) Für Säuglinge; [2]) für Kinder; [3]), [4]) und [5]) für Erwachsene. — (Thomsen.)

Ein Mydriaticum:

Rp. Mydrol (Phenylpyrazoljodmethylat) 0·5—1·0
Aq. dest. 10·0

D. S. Augentropfen. — (Merck.)

Gegen Nephritis haemorrhag.:

Rp. Saloli 0·5
Pyoktanini coer. 0·07—0·10

M. f. p. dent. tal. doses.

M. D. S. 3mal täglich je 1 Pulver. — (Kramer.)

Bei Hemicranie:

Rp Methylenblau } āā 0·1
Nucis. mosch.

d. ad caps. gelat.

S. 3 Kapseln tägl. — (Thomsen.)

Ein Verbandwasser.

Rp. Hydrarg. silicio-fluorati 0·5
Aq. dest. 500

S. Verbandwasser. — (Hallion.)

Bei croupöser Pneumonie:

Rp. Argent. nitr. 1·0—1·5

Bol. alb. q. s. ut. f. pill. Nr. 100 consp. pulv. liquir.

M. D. S. 3—5—10 Pillen täglich zu nehmen. — (Caccianiga.)

Ein Gurgelwasser:

Rp. Chinolini 1·0
Spirit. 50·0
Ol. Menth. pip. gutt. II
Aq. ft. ad 500.

D. S. Zum Gurgeln. — (Rabow.)

Bei Diarrhöe:

1. Rp. Paracotoïn 0·05—0·1—0·2
Sacch. alb. 0·4

M. f. p. d. tal. dos.

S. 3mal täglich 1 Pulver.

2. Rp. Paracotoïni 0·2
Spirit. vini 20·0
Aq. dest. ad 150·0

S. 2stündlich 1 Esslöffel voll zu nehmen.

3. Rp. Cotoïni 1·0
Emuls. amygdal. ad 100·0

S. 2stündlich 1 Esslöffel voll zu nehmen. — (Rabow.)

Bei Haemoptoë:

Rp. Ol. vaselini neutr. 0·20—0·30
Eucalyptol 3·0 —5·0
Jodoform 0·6 —0·75

D. S. Zur Injection täglich 0·01 – 0·02 Jodoform zu injiciren. — (Gallot.)

Bei Asthma bronchiale:

Rp. Atropini sulf. 0·01— 0·02
Aq. dest. 10·0 —12·0

M. D. S. 3—10 Tropfen täglich zu verabreichen. — (v. Hoorden.)

Bei kolliquativen Diarrhöen:

Rp. Bismali 1·0
D. tal. dos.

S. 2—4 Pulver täglich in Haferschleim zu nehmen. — (F. v. Oefele.)

Bei Erysipelas faciei:

Rp. Acid. carbol. pur. 2·0— 5·0
Tct. jodi 2·0— 3·0
Alcoholi 5·0—10·0
Ol. terebinth. 15·0—20·0
Glycerini 50·0

M. D. S. Alle 3—4 Stunden aufzupinseln und mit aseptischer Gaze zu bedecken. — (Practitionner.)

Bei tuberculösen Gelenksentzündungen:

Rp. Anfangs einmal wöchentlich, dann alle 3—4 Tage Injectionen von 2·0—10·0 g Naphtholcampher in die Gelenkshöhlen. — (Calot.)

Als Diaphoreticum:

Rp. Camphor. 0·01—0·03
Laudani 0·01—0·02
Kalii nitr. 0·1 —0·15
Sacch. 2·0 —5·0

M. f. p.

S. Vor dem Schlafengehen diese Dosis in einer Tasse Thee zu nehmen. — (v. Graefe.)

Zu Scheidenausspülungen:

Rp. Aluminis pulv.
Acid. borici pulv. } āā 20·0
Boracis pulv.
Hydrastis sulf. 0·6
Acid. carbol.
Ol. canell. } āā guttas XX

S. Aeusserlich; 1—2 Kaffeelöffel auf 1 Liter Wasser. — (House.)

Sitzungsberichte.

Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin.

Gusserow: Künstliche Frühgeburt bei Herzkranken.

Bei meiner heutigen Mittheilung handelt es sich um die alte Frage: Wie soll der Arzt sich verhalten bei Frauen, die einen „Herzfehler“ haben und dabei schwanger geworden sind? Ich gebrauche das Wort Herzfehler ganz allgemein als einen directen Klappenfehler, so dass eine ausgesprochene Störung des Herzorganismus da ist, die Frage stellt sich somit: Wie bei solchen Frauen die Schwangerschaft auf den Herzfehler, und der Herzfehler auf die Schwangerschaft Einfluss hat.

Es kann ja gar kein Zweifel sein, dass, wenn eine Frau ein Vitium cordis hat und schwanger wird, dadurch immer eine gewisse schwere Gefahr für die Frau herbeigeführt wird. Denn wir dürfen nicht vergessen, dass durch das Eintreten der Schwangerschaft an die Herzaction ganz andere Anforderungen gestellt werden, als bis dahin vorhanden waren. Ich kann und will hier auf die vielen Hypothesen, die über die Art und Weise der Störung aufgestellt worden sind, nicht weiter eingehen. Wir können wohl ohne Weiteres sagen: wenn Schwan

gerschaft eintritt, so entwickelt sich im Uterus und im kleinen Becken zunächst eine enorme Umwälzung des Gefässapparates, durch die Entwicklung der uterinen Placenta und die damit zusammenhängende starke Hyperämie des Uterus. Diese active arterielle, vor allen Dingen aber venöse Hyperämie des Uterus und der umgebenden Theile muss dem Herzen eine grössere Aufgabe stellen, als dasselbe bis dahin zu lösen hatte. Wir sehen nun im gewöhnlichen Verlauf bei gesunden Schwangeren, dass hier gar keine Störungen eintreten oder wenigstens so vorübergehender Natur, dass sie für unseren Fall gar nicht in Betracht kommen. Wenn nun aber eine Schwangere an einem Vitium cordis leidet, wo also das Herz schon durch seine eigenen Verhältnisse, durch seine eigenen Veränderungen eine grössere Aufgabe als gewöhnlich zu leisten hat, so muss diese Aufgabe wesentlich durch die Schwangerschaft gesteigert werden, und wir müssen uns daher immer von Neuem eigentlich wundern, dass in solchen Fällen diese Störungen fast kaum in den Vordergrund treten. Es setzt das allerdings voraus — darauf möchte ich immer wieder die Betonung legen — dass ich zunächst von gewöhnlichen Fällen spreche, wo eine Compensation des Herzfehlers vorharden ist. Ich habe wenig oder gar keine Fälle erlebt, möchte ich sagen, wo bei einer Person, die einen nicht compensirten Herzfehler hatte, bei der schon schwere Störungen des Kreislaufs da waren, noch Schwangerschaft eingetreten ist. Wenn das der Fall ist, so steigern sich ja sehr bald infolge der Schwangerschaft die Compensationsstörungen so bedeutend, dass dann gewöhnlich der Abortus eintritt und dann die Sache schnell und, wenn ich so sagen darf, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle glücklich erledigt ist. Also es handelt sich um alle die Fälle, in welchen Compensationsstörung nicht vorhanden ist und die Schwangerschaft eintritt. Da werden die vorhin kurz angedeuteten Störungen mit merkwürdiger Leichtigkeit überwunden, oder die schwere Aufgabe, die dem Herzen zufällt, wird von dem Herzen mit merkwürdiger Leichtigkeit überwunden. Wir können uns das wohl kaum anders erklären, als dadurch, dass hier im Verlaufe der Schwangerschaft von Stunde zu Stunde, von Tag zu Tag die Wiederstände sich erst allmälig etabliren, also dass das Herz, das durch die Herzaction, durch die Kräftigkeit der Herzmusculatur die Störungen compensirt hatte, nun die neuen ganz allmälig eintretenden Störungen und Widerstände wiederum ganz vollkommen compensirt und so habe ich nicht bloss, sondern wie ich glaube auch jeder innere Arzt und jeder Kliniker und jeder Geburtshelfer die Erfahrung gemacht, dass solche compensirten Herzfehler auch mit Eintritt und während des ersten Verlaufs der Schwangerschaft keine Störungen weiter hervorrufen. Es kann dann aber natürlich unter Umständen, die wir in jedem einzelnen Falle vielleicht immer erkennen, die wir aber im Allgemeinen nicht ohne Weiteres fixiren können, die Compensation aufhören, und es treten dann schwere Störungen ein. Im Ganzen ist das ungemein selten. Ich will nur noch einmal betonen, dass die Schwangerschaft, so sehr wie sie eine bedenkliche Compensation bei chronischen Herzfehlern setzt, doch bei compensirten Herzfehlern selten grössere Störungen hervorruft.

Ganz anders liegt die Sache, sobald die Geburt eintritt. — Ich rede jetzt natürlich von der physiologischen Geburt. Wenn die physiologisch eintretende Geburt beginnt, so werden sehr viel grössere Anforderungen an das Herz gestellt, wie wir das bei jeder Kreissenden sehen. Die grösseren Aufgaben, die das Herz bei jeder normal Kreissenden zu erfüllen hat, liegen — um es nach alter Weise kurz auszudrücken — darin, dass hier eine grössere körperliche Anstrengung

eben nothwendig ist. Jede normale, leicht und glücklich verlaufende Geburt stellt eine grössere körperliche Leistung dar. Die Wehenthätigkeit, das Verarbeiten der Wehen, das Pressen bei den Presswehen, kurzum der ganze Geburtshergang stellt eine grössere körperliche Leistung dar, als im gewöhnlichen Leben des Menschen eintritt. Wir können auf diesem alten Standpunkt bleiben und können sagen, dass die Geburt deshalb bei Herzfehlern einen so schweren und so grossen Einfluss hat, weil plötzlich die Kranke mit diesem Herzfehler eine grössere körperliche Arbeit leisten muss. Also wenn wir es vergleichen wollen damit, dass eine Person, die mit ihrem Herzfehler so lange ruhig dagelegen hat, plötzlich gezwungen wäre, stundenlange Bergbesteigungen auszuführen, so würde ja auch wahrscheinlich eine Compensationsstörung erfolgen, und damit stimmen die Thatsachen, dass, während wir für gewöhnlich die Schwangerschaft bis an ihr normales Ende verlaufen sehen, bei compensirten Herzfehlern nun bei der Geburt Störungen auftreten, dass, je länger besonders die Geburt sich hinzieht, um so grössere Anforderungen an die Herzthätigkeit, an die Athemthätigkeit gestellt werden. Es treten durch das Verarbeiten der Wehen venöse Stasen im rechten Herzen ein, kurzum, es tritt eine Compensationsstörung sehr leicht ein, die sich gewöhnlich dann durch das Auftreten von Lungenödem bemerkbar macht, und so sehen wir verhältnissmässig häufig bei Schwangeren mit Herzfehlern, die die Schwangerschaft normaliter durchgemacht haben, keine Compensationsstörungen erlitten haben, nun bei der Geburt die Compensationsstörungen in sehr intensiver Weise eintreten. Wir sehen aber in einer anderen Reihe von Fällen dies auch nicht einmal, oder die Störungen sind so geringgradig, dass die Frauen uns kaum den Eindruck der Kranken dabei machen, dass dann aber nach der Entbindung plötzlich ein Collapsus eintritt, entweder in Verbindung mit Lungenödem, oder einfach ein Collaps durch Herzschwäche bedingt, wenn — wenn ich so sagen darf — die Arbeit überstanden ist, wenn das Kind und die Nachgeburt geboren sind. Manchmal treten dann die Erscheinungen von Lungenödem ein, aber oft genug die Erscheinungen von hochgradiger Herzschwäche, die ohne Lungenödem doch manchmal sehr plötzlich den Tod herbeiführen, und so sehen wir, dass oft wenige Stunden nach der Entbindung, oder am ersten, zweiten, dritten, vierten Wochenbettstage plötzlich der Tod eintritt. Das ist eine Erfahrung, die so alt, wie überhaupt die Erfahrungen in diesen Dingen niedergelegt sind, immer wieder gemacht wird, und diese Thatsache können wir uns ja nur dadurch erklären, dass plötzlich bedeutende Veränderungen im Kreislauf eingetreten sind. Nachdem also der Widerstand in der Circulation von Seiten des Placentar-Kreislaufs durch die Geburt glücklich überwunden ist, treten noch so bedeutende Störungen des Kreislaufs ein. Es ist ein gewisses Quantum Blut nach aussen abgeflossen. Das übrige Blut, was bis dahin in dem Uterus, in dem kleinen Becken hauptsächlich circulirt, wird nun nach der Entbindung mehr an die Aussenfläche des Körpers gebracht, Thatsachen, die uns ja bekannt sind aus dem normalen Wochenbett, und durch diese bedeutende Circulationsstörung ist das Herz nun wieder nicht im Stande, seine Functionen zu erfüllen. Es treten die Erscheinungen der Herzschwäche ein und damit nun gewöhnlich plötzlich der Tod. Das ist in nuce noch einmal eine Schilderung der Dinge, die ja übrigens Allen bekannt sind. Wir müssen also zunächst hierbei unterscheiden zwischen dem Einfluss der Schwangerschaft und dem Einfluss der Geburt. Die beiden Dinge sind ja nicht von einander zu trennen. Wenn eine Frau schwanger ist, muss sie auch niederkommen.

Aber schliesslich müssen wir bei der Behandlung der Frage doch immer auseinanderhalten, wie weit die Schwangerschaft eine Compensationsstörung begünstigt und befördert, respective wie weit diese Compensationsstörung bei der Geburt eintritt, und ich muss immer wieder betonen, was auch alle anderen Geburtshelfer betont haben, dass hier die Entbindung, die Niederkunft, das Gefährliche ist, und ich will gleich auch hier weiter betonen, dass wir wohl sagen können, die Gefahr der Niederkunft wird um so geringer sein, je schneller die Niederkunft verläuft, je weniger gross — wenn ich mich in dem vorher ausgesprochenen Bilde ausdrücken darf — die Anstrengung des Herzens bei der Geburt ist.

Von diesen Gesichtspunkten ausgehend, hat man daran längst festgehalten, dass jede Schwangerschaft bei einem Herzfehler ein schweres und störendes Moment darstellt, und hat immer auseinander gehalten, wie weit nun die Compensationsstörung dadurch bedingt wird. Ich will nochmals betonen, dass durch die Schwangerschaft verhältnissmässig selten eine Compensationsstörung bedingt wird, dass die Compensationsstörung gewöhnlich durch die Geburt eintritt. Es sind dann im Laufe der Jahre eine Reihe von Veröffentlichungen geschehen, Erfahrungen publicirt worden, aus denen v. Leyden folgende Zahlen noch einmal zusammengestellt hat, dass bis 60 Procent Todesfälle nach Herzfehlern bei Geburten beobachtet sind, Löffler 33 Procent, Wolf 37 Procent, Schleier 40 Procent, Leyden 55 Procent, dass also die Mortalität nach dieser Darstellung bei Herzfehlern durch die Schwangerschaft und durch die Geburt enorm gross ist. Ich habe nun nach meinen Erfahrungen, die mit denen der meisten Geburtshelfer übereinstimmen, nie die Mortalität so hoch geschätzt. Weil nach meinen Erfahrungen als Geburtshelfer, ohne dass ich mir Zahlen dabei aufgestellt hatte, immer in einer Reihe von Fällen, bei denen ein Herzfehler da war, die Schwangerschaft keine Störung hervorrief, die Geburt ohne Störung verlief, so bin ich immer der Ansicht gewesen, dass Herzfehler bei Schwangeren und Kreissenden im Allgemeinen keine so grosse Bedeutung haben, wie ich es eben geschildert habe und wie es aus den angeführten Zahlen hervorgeht. Ich habe nun aus den Jahren 1884 bis 1894 — später nicht mehr — die Fälle, die in der Klinik hier beobachtet worden sind von Schwangerschaft und Herzfehlern zusammengestellt und habe in diesen zehn Jahren 70 Fälle gefunden. Das ist ja immer eine etwas grosse Zahl, die sich am besten erklärt aus der glücklichen Verbindung meiner Klinik mit dem grossen Krankenhause. Von diesen 70 Fällen sind nur 4 mit dem Tode der Mutter geendigt. Es waren von diesen 70 Fällen bei 4 so schwere Störungen seitens des Herzens vorhanden, dass dadurch die Schwangerschaft spontan unterbrochen wurde und die Geburt mit dem Tode endigte. Es kamen dann bei 6 Fällen so schwere Störungen seitens des Herzens vor, dass dadurch zu einer geburtshilflichen Operation Veranlassung gegeben war. Bei diesen 6 Fällen blieben die Mütter alle am Leben. Es kamen drittens Compensationsstörungen vor bei der Geburt, die aber keine künstliche Hilfe nöthig machten. Das sind 13 Fälle, in denen keine Frau zu Grunde ging. Es waren dann 46 Fälle von ausgesprochenen Herzfehlern, wo keine Störung seitens des Herzens eintrat durch den Geburtsverlauf und die Frauen einfach genasen. Dann war noch ein Fall von künstlicher Frühgeburt wegen Compensationsstörung dabei, die aber auch genesen ist. Es beträgt somit der Procentsatz 5, 7 oder 6 Procent. — Sie sehen, ein gewaltiger Unterschied zwischen den Procentsätzen, die aus den anderen Veröffentlichungen hervorgehen, wo es sich um 33 Procent, 37 Procent,

60 Procent, 55 Procent der Fälle handelt. Dieser Widerspruch zwischen den Angaben der Geburtshelfer und den Angaben der Aerzte, respective der inneren Kliniker, ist nun immer, wie das auch Leyden in seiner Veröffentlichung betont, verhältnissmässig leicht zu erklären. So gewaltig dieser Unterschied auch erscheint — von 6 Procent zu 55 Procent — er lässt sich einfach dadurch erklären, dass die inneren Kliniker und die Aerzte im Allgemeinen nur die allerschwersten Fälle zur Beobachtung bekommen. Wenn eine Frau einen Herzfehler hat und schwanger wird, so weiss sie oft genug gar nicht, dass sie einen Herzfehler hat — sie hat keine Störung, sie kommt ohne Störung nieder mit einem lebenden Kinde und bleibt zunächst gesund, so erfährt überhaupt der Arzt den ganzen Zustand nicht, oder der Arzt, der es erfährt, legt kein grosses Gewicht darauf. Wenn eine Frau in der Schwangerschaft aber wegen schwerer Compensationsstörungen ins Hospital geschickt wird, wenn ein innerer Arzt schon während der Schwangerschaft consultirt wird und wenn diese schweren Compensationsstörungen womöglich zum Tode führen, dann erfährt das eben der Arzt. Aber das hat mit der Sache direct doch nichts zu thun. Wir können sagen, dass der ganze Widerspruch sich eigentlich dadurch erklärt, dass nur die allerschwersten Fälle, nur die Fälle, die direct das Leben beendigen, zur Cognition der inneren Kliniker kommen.

(Schluss folgt.)

Bücher-Anzeigen.

Der Diabetes melitus. Von Professor B. Naunyn in Strassburg. Specielle Pathologie und Therapie von Nothnagel. Wien 1898, Verlag von A. Hölder.

Naunyn und seine Schule haben unstreitig einen hervorragenden Antheil an der Entwicklung unserer Kenntnisse über die Bedingungen der Zuckerausscheidung und den Diabetes. Es erscheint uns demnach von ganz besonderem Werthe, dass ein so ausgezeichneter Kenner dieser Fragen, wie der Verfasser es ist, die Bearbeitung dieses Gegenstandes für das Nothnagel'sche Sammelwerk übernommen hat. In der That hat auch Naunyn die auf diesen Band gesetzten Erwartungen vollends erfüllt und eine Musterarbeit geliefert. Es gibt kaum ein Capitel der inneren Medicin, das physiologischen und klinischen Speculationen so reichlich Nahrung gegeben hat, als gerade die Frage der Zuckerausscheidung, eine Gelegenheit, die von vielen speculativen Köpfen ausgenützt wurde. Die zahllosen Theorien des Diabetes, von denen ein nicht unbeträchtlicher Theil der Vergessenheit anheimfallen dürfte, bezeugen dies zur Genüge. Vielen derselben kommt es natürlich zu Gute, dass den in denselben aufgestellten Postulaten die Thatsachen nicht nachkommen können. Wir wollen mit diesen Ausführungen nur betonen, dass eine sachgemässe Bearbeitung des Diabetes eine Summe von Kenntnissen erfordert, die über das Mass, welches viele andere Capitel fordern, hinausgeht. Es ist also ein hohes Lob, das wir dem Autor zollen, wenn wir diese Leistung als eine Erfüllung der Erwartungen bezeichnen.

Auf die Einzelheiten des Buches einzugehen, gestattet uns der Raum nicht, wir wollen hier nur darauf hinweisen, dass die physiologische sowie die pathologische Seite der einschlägigen Fragen eine klare und eingehende Besprechung finden, die das Alte sorgfältig gesichtet bringt und manche neue Anregung enthält. Das Capitel über Therapie ist, den Anforderungen des Praktikers entsprechend, sorgfältig durchgearbeitet. Interessant und instructiv ist der vorletzte Abschnitt über die „Theorie des Diabetes". Es scheint der ursprünglichen Disposition entgegen an den Schluss des Bandes verlegt worden zu sein. Naunyn zieht es vor, sich hier hauptsächlich auf die Thatsachen zu stützen. Leider sind die meisten derselben noch lange nicht feststehend und nirgends empfindet man mehr die Ohnmacht unseres Könnens, als gerade bei diesen Erwägungen. —l.

Les sérothérapies. Leçons de thérapeutique et matière médicale par L. Landouzy, Professeur à la faculté de médecine. Paris 1898, Carré et Naud.

Prof. Landouzy, der Vorstand der Lehrkanzel für allgemeine Therapie in Paris, beschenkt uns hier mit einem vorzüglichen Buche, das einer allgemeinen Aufmerksamkeit werth ist. Weit über den Rahmen von Vorlesungen hinausgehend, die sich an einen kleinen Kreis von Zuhörern wenden, spricht es zu allen Aerzten, die sich für die moderne Richtung der Therapie interessiren. In einer angenehm zu lesenden Darstellung führt es uns in die Vorgeschichte der Serumtherapie ein, zeigt ihre allmälige Entwicklung aus dem Thierexperimente und bespricht ihren pathologischen und ihren klinischen Werth. Die Serumtherapie wird in ihrer Wirksamkeit bei den verschiedensten Krankheiten verfolgt, beim Tetanus, bei der Vergiftung durch Schlangenbiss, bei den Streptokokkenerkrankungen, bei der Diphtherie, und bei verschiedenen Infectionskrankheiten, Lepra, Polyarthritis, Cholera infantum, Pertussis, Scarlatina, Morbillen, Variola, Lyssa, Staphylokokkenaffectionen, Erkrankungen durch Bacterium coli, Pneumonie, Milzbrand, Typhus, Cholera, Pest und Syphilis. Bei der Besprechung des Diphtherieheilserums wird auch genau die Intubation sowohl in ihrer Technik als in ihrer Beziehung zur Serumtherapie behandelt. Ein eigener grosser Abschnitt ist den Aussichten der Serumtherapie bei Behandlung der Tuberculose gewidmet und die Nothwendigkeit von antituberculöser Prophylaxe in warmen Worten betont. Der Behandlung mit künstlichem Serum und der Technik der Hypodermoklyse und der intravenösen Infusion wird eine sehr genaue Schilderung zu Theil und der Werth der Sérothérapie artificielle sowohl in der Anwendung kleiner Dosen als in der Auswaschung des ganzen Organismus hervorgehoben. Den Schluss des Buches macht eine Besprechung des Tuberculins und des Malleïns in ihrer diagnostischen und therapeutischen Bedeutung und ein kurzer Abriss der modernen Immunisirungsarbeiten. —.—

Herausgeber und verantwortlicher Redacteur: Dr. M. Heitler. — Verlag von Moritz Perles.
Druck von Johann N. Vernay in Wien.

Zur Diagnostik und Therapie der Darmstenosen.

Von Primararzt Dr. Julius Schnitzler,

Privatdocent für Chirurgie und Vorstand der chirurg. Abtheilung im k. k. Kaiser Franz Josef-Spital in Wien.

Die Darmstenosen sind, wie dies erst jüngst wieder Kocher in präciser Weise ausgedrückt hat, als mechanische Erkrankungen nur einer mechanischen, respective chirurgischen Therapie zugänglich. Interne Mittel mögen manche Beschwerden eines an chronischer Darmstenose Leidenden mildern, ihm über die eine oder die andere Attaque hinweghelfen, eine wirkliche Heilung einer Darmverengerung können sie nicht bewirken. Nur eine, allerdings äusserst seltene Form der Darmverengerung macht hievon eine Ausnahme, die von Leube unlängst näher erörterte spastische Darmstenose. Hier handelt es sich um einen Krampf der Darmmusculatur und solche Krampfzustände sind bekanntlich stets passagerer Natur und eventuell durch innere Mittel zu beeinflussen. Sehen wir von dieser, wie erwähnt, äusserst seltenen Ursache der Darmstenose ab, so können wir der Aetiologie nach die Darmstenosen bekanntlich am besten derart gruppiren, dass wir die Fälle darnach sondern, ob Obturation, Compression oder Veränderung der Darmwand selbst zur Verengerung des Lumens geführt hat. Eine andere, praktisch äusserst wichtige Eintheilung ist die in acute und chronische Darmstenosen, wobei aber zu beachten ist, dass bei chronischen Darmverengerungen jederzeit ein Anfall von acutem Darmverschluss eintreten kann. Auch die Unterscheidung in solche Fälle, bei denen nur die Wegsamkeit des Darmes für den Darminhalt aufgehoben ist (Obturation), und solche, bei denen ausserdem die Blutcirculation im betreffenden Darm aufgehoben ist, erscheint als praktisch enorm wichtig, auch als diagnostisch und prognostisch sehr verwerthbar. Die drei eben erwähnten Eintheilungsprincipien decken sich theilweise, so dass z. B. die Unterscheidungsmerkmale zwischen Obturations- und Strangulationsstenose mit denen zwischen chronischem und acutem Darmverschluss mancherlei Gemeinsamkeit aufweisen. Bei der Aufzählung der Ursachen der

Darmstenose wollen wir uns aber zunächst an die zuerst erwähnte Eintheilung halten. Durch Obturation führen zur Darmstenose vor Allem Gallensteine und Fremdkörper. Die durch angesammelte Kothmassen bedingte Behinderung der Darmpassage ist als Koprostase von der Darmstenose zu scheiden, wenn auch diese Unterscheidung in vereinzelten Fällen diagnostische Schwierigkeiten bietet. Das Vorkommen so grosser Gallensteine im Darm, dass sie zu Störungen der Darmwegsamkeit führen, setzt immer eine abnorme Communication zwischen Gallenwegen und Darm (respective Magen) voraus, da der Ductus choledochus so grosse Gallensteine nicht passiren liesse. Immerhin ist der Gallenstein-Ileus schon in einer sehr grossen Reihe von Fällen beobachtet und kann durchaus nicht als Rarität gelten. (Ich hatte bisher drei derartige Fälle zu beobachten, respective zu operiren Gelegenheit.) Viel seltener geben verschluckte Fremdkörper zum Darmverschluss Anlass. Eine relativ häufige Ursache der Obturation ist die Invagination. Zu den obturirenden Momenten werden oft auch die von der Darmwand ausgehenden und in das Lumen hineinwachsenden Neoplasmen gezählt. Ich ziehe es vor, diese mit den durch Darmwandveränderungen gesetzten Stenosen gemeinsam zu besprechen. Unter den comprimirenden Ursachen der Darmstenose seien zunächst im Bauchraum sich entwickelnde Neoplasmen angeführt. Selbstverständlich spielen hierbei maligne Tumoren — in erster Linie vom weiblichen Genitale, dann von retroperitonealen Lymphdrüsen, viel seltener von der Niere ausgehende — die erste Rolle, während benigne Tumoren oft enorme Grösse erreichen, ohne die Darmthätigkeit zu schädigen, z. B. Ovarialcysten und auch Myome, die relativ selten zu wirklicher Darmstenose Anlass geben. Durch Compression führen auch die so häufig im Abdomen sich entwickelnden Pseudomembranen, Netzadhäsionen, dann Meckel'sche Divertikel und innere Bruchpforten zur Darmstenose. Auch der Mechanismus der Darmverengerung bei Achsendrehungen — Volvulus — entspricht dem der Compression, ebenso der des Verschlusses einer Darmschlinge durch das darübergelagerte Mesenterium anderer Darmschlingen. Die Veränderungen der Darmwand selbst, die zu Stenosen Anlass geben, sind theils Narben, theils Neoplasmen. Unter den Ursachen der Narben sind es wiederum die tuberculösen und die katarrhalischen Geschwüre, die an erster Stelle stehen. In neuerer Zeit ist man auch auf

jene Narben aufmerksamer geworden, die sich mitunter nach Brucheinklemmungen in dem betroffenen Darmabschnitt einstellen. Die Neoplasmen des Darmes, die zur Stenose führen, sind vorwiegend Carcinome. Wenn ein Ueberblick über die hier aufgezählten Ursachen der Darmverengerung auch zeigt, dass die Mehrzahl derselben unter die sogenannten chronischen Darmstenosen einzureihen wäre, so darf doch nicht übersehen werden, dass im Verlaufe einer chronischen Darmstenose Anfälle acuten Darmverschlusses durchaus nicht selten sind und dass wir daher diagnostisch nicht nur die acute und die chronische Darmverengerung, sondern auch die acute Darmstenose und den acuten Anfall im Verlauf der chronischen Darmstenose auseinanderhalten sollen. Hier ist nun die Anamnese von allergrösster Bedeutung und gestattet oft genug die sichere Diagnose einer chronischen Darmstenose. Als das wesentlichste ihrer Symptome sind wohl die anfallsweise eintretenden Koliken mit gleichzeitiger „Darmsteifung“ zu bezeichnen. Sie entsprechen der gesteigerten Thätigkeit des oberhalb des Hindernisses gelegenen hypertrophischen Darmes. Man hat wohl oft genug Gelegenheit, bei Leuten mit schlaffen und dünnen Bauchdecken peristaltische Bewegungen ablaufen zu sehen; mitunter genügt anscheinend der Einfluss der durch das Wegziehen der Bettdecke hervorgerufenen Abkühlung, um solche Bewegungen zu provociren; man hüte sich aber, solche bei ganz normalen Menschen zu beobachtende peristaltische Bewegungen, die recht lebhaft sein können, mit den für die Diagnose der Darmstenose zu verwerthenden zu verwechseln. Hier sieht man nicht eine in Form seichter Wellenbildung gleichmässig ablaufende Bewegung, sondern es erhebt sich — während stets gleichzeitig kolikartige Schmerzen auftreten — eine Darmschlinge tumorähnlich aus dem Niveau des Abdomens und die palpirende Hand kann eine deutliche Resistenz nachweisen. Der von den Kranken zumeist gebrauchte Ausdruck „es stellt sich etwas im Bauch auf“, ist ein durchaus entsprechender. In diesem Zustand peristaltischer Versteifung bleibt die betreffende Darmschlinge eventuell auch bis zu einer halben Minute und oft genug schliesst das Phänomen mit einem auf Distanz hörbaren Glucksen, welches dem Durchtritt des Darminhaltes durch die verengte Stelle akustisch entspricht, ab. Solche Anfälle wiederholen sich in kürzeren oder längeren Intervallen, rauben bei hochgradigen Stenosen, besonders im

Dünndarm sitzenden, den Kranken den Schlaf und tragen zur rasch zunehmenden Abmagerung nicht wenig bei. Es sei noch hervorgehoben, dass diese Anfälle zumeist einige Stunden nach Nahrungsaufnahme auftreten, respective sich steigern. Die weiteren Klagen der Patienten beziehen sich auf unregelmässigen Stuhlgang, zumeist Diarrhöen, auf Erbrechen (sehr oft mit den Koliken gleichzeitig auftretend), Appetitlosigkeit und Abmagerung. Seltener erfahren wir anamnestisch noch etwas über besondere Beschaffenheit des Stuhles (Blut, Schleim), vorausgegangene Darmerkrankungen (incarcerirte Hernie, langwierige Darmkatarrhe) oder Baucherkrankungen überhaupt (z. B. früher vorgenommene Laparotomie, Gallensteinerkrankungen etc.), Zweifellos sind die anamnestischen Angaben über die Koliken die für unsere Frage wichtigsten, aber selbstverständlich durch entsprechende Ergänzung in der Fragestellung von Gallenstein-, Ureteren- und Menstruationskoliken zu sondern. Wie für die Anamnese sind aber auch für die Untersuchung der chronischen Darmstenose die peristaltischen Darmsteifungen das Wichtigste und zumeist Entscheidende, zudem auch deren Beobachtung unerlässlich für die Bestimmung des Sitzes des Hindernisses. An Bedeutung kann nur ein Befund noch für gleichwerthig erachtet werden, der palpatorische Nachweis eines Tumors im Bauch. Dass man daneben die genaue Untersuchung des ganzen Patienten nicht unterlassen darf, ist selbstverständlich, wenn auch die Untersuchung des Abdomens, respective eines kleinen Abschnittes desselben, mitunter eine befriedigende Diagnose zu ermöglichen scheint. Dass rectale und eventuell vaginale Untersuchung niemals unterlassen werden darf, sei besonders betont. Oft genug bietet die Untersuchung des an chronischer Darmstenose Leidenden ausser den erwähnten Darmsteifungen keinen weiteren Befund, in anderen, diagnostisch natürlich ungünstigeren Fällen vermisst man aber auch dieses so werthvolle Symptom. Insbesondere ist dies bei Dickdarmverengerungen der Fall. Die geringere Beweglichkeit des Dickdarmes ist in dieser Beziehung jedenfalls von Bedeutung. Nicht selten ist der Bauch bei chronischen Darmstenosen aufgetrieben. Die Regel bildet dies beim acuten Anfall der Darmstenose, respective beim absoluten Darmverschluss. Hier sind aber doch zumeist im allgemein aufgetriebenen Bauchraum noch einzelne Darmschlingen als in heftiger peristaltischer Bewegung begriffen nachzuweisen, einer Bewegung, die erst

erlischt, wenn Darmlähmung und Peritonitis sich einstellen. Der acute Anfall des Darmverschlusses hat aber noch genug andere Symptome aufzuweisen. Die vollkommene Verhaltung von Stuhl und Winden, das Erbrechen, das schliesslich fäculenten Charakter annimmt, die Wirkungslosigkeit der Klysmen und Irrigationen, der mehr oder weniger rasch, aber continuirlich zunehmende Kräfteverfall sind die nicht zu übersehenden Symptome eines solchen Darmverschlusses. Es gibt wohl nur eine einzige Erkrankung, der gegenüber die Differenzirung des Darmverschlusses wirkliche Schwierigkeiten aufweist, und das ist die Peritonitis. Allerdings ist hier in der Regel die Darmthätigkeit erloschen, keine Peristaltik sichtbar oder auf mechanische Reize auslösbar wie bei der Enterostenose, aber diese Regel hat Ausnahmen. In vereinzelten Fällen findet sich trotz bestehender Peritonitis Peristaltik; anderseits erlischt diese, wie schon erwähnt, auch bei der Darmstenose, wenn Darmlähmung eingetreten ist; ob diese aber immer, wie manche Autoren meinen, Folge einer hinzugetretenen Peritonitis sei, ist doch recht zweifelhaft. Hat doch v. Wahl feststellen können — und diese Beobachtung ist seither vielfach bestätigt worden — dass eine strangulirte Darmschlinge bewegungslos wird und nur eine meteoristische Aufblähung zeigt, und zwar von allem Anfang an, ehe es zu peritonitischen Erscheinungen gekommen sein kann. Diese Beobachtungen und die Untersuchungen neuerer Autoren lassen als höchst wahrscheinlich erscheinen, dass Störungen der Blutcirculation im Darm zur Blähung und Aperistaltik derselben führen können. Solche Circulationsstörungen können aber auch selbst wieder Folge sehr gesteigerter Darmblähung sein und diese kann direct zum Aufhören der Peristaltik führen. Sieht man von der diffusen Peritonitis ab, so kann auch noch die insbesonders im Beginne (oder auch im Verlaufe) einer Appendicitis eintretende peritoneale Reizung zur Verwechslung mit Enterostenose Anlass geben. Hier wird. die Localisation der Schmerzen, die bei Appendicitis doch zumeist eintretende Temperatursteigerung, das Erscheinen einer Resistenz in der Ileocöcalgegend in der Regel die richtige Diagnose gegenüber der Enterostenose ermöglichen. Erwähnt sei, dass auch Ureterenkoliken schon mit Enterostenose verwechselt wurden; genaue Urinuntersuchung einerseits, das Fehlen peristaltischer Darmsteifung und eines zunehmenden Meteorismus anderseits werden hier die Entscheidung immer ermöglichen.

Schwieriger und unsicherer als die Diagnose des Darmverschlusses im Allgemeinen ist die Bestimmung des Darmabschnittes, in dem die Verengerung ihren Sitz hat. Nur in geringem Masse ist die Beschaffenheit des Stuhles für diese Diagnose zu verwerthen. Man hat in früherer Zeit dem bandartigen, plattgedrückten Stuhl die Bedeutung beigelegt, dass er eine Verengerung des untersten Darmtheiles geradezu beweise. Nun findet man zweifellos derart geformten Stuhl mitunter auch bei Fehlen jeder Darmstenose und es wäre sehr gewagt, aus dieser Beschaffenheit des Stuhles allein eine Diagnose stellen zu wollen. Relativ häufig findet man bei bestehender Darmstenose flüssige Stuhlentleerungen und es hat einen grossen praktischen Fortschritt in der Klinik der Darmstenosen bedeutet, dass sich die Erkenntniss Bahn gebrochen hat, dass vermehrte Zahl der Stuhlentleerungen nicht gegen die Diagnose Darmstenose spricht, sondern vielmehr in vielen Fällen für diese Diagnose positiv verwerthbar ist. Beimengung von Schleim zum Stuhl und insbesonders häufige Entleerungen von Schleim allein finden wir insbesondere bei Dickdarmstenosen, speciell Carcinomen. Blut ist dem Stuhl in geringen Mengen ebenfalls gerade bei Dickdarmcarcinomen nicht selten beigemengt. Grössere Mengen von Blut werden — unter den hier zu erörternden Fällen — bei der Invagination, und zwar in einem frühen Stadium der Erkrankung entleert. (Auch beim Volvulus findet eine stärkere Blutung in die betreffende Darmschlinge statt, doch kann das Blut erst entleert werden, wenn der Volvulus beseitigt ist. Beiläufig sei erwähnt, dass die Embolie der Arteria mesaraica, respective eines ihrer Hauptäste, die auch zu ausgiebigeren blutigen Entleerungen Anlass geben kann, schon zu Verwechslung mit innerer Incarceration und damit auch zur Vornahme der Laparotomie Veranlassung geboten hat. Das plötzliche Einsetzen der Erkrankung, die heftigen Schmerzen, das rasche Auftreten des Meteorismus, der rasche Verfall werden wohl noch leichter das Bild der Peritonitis vortäuschen, doch möge man auch bei der Diagnose der acuten Enterostenose der Embolie der Mesaraica nicht vergessen.) — In hohem Grade verwerthbar für die Diagnose des Sitzes der Darmstenose ist die Form des Abdomens. Bei sehr hohem Sitz der Stenose, zum Beispiel bei Verschluss des Duodenums, fehlt überhaupt jede Auftreibung des Abdomens, da die Därme leer bleiben und der Magen durch das beständige Erbrechen entleert wird. Sitzt die

Stenose im Bereiche des Dünndarmes, so bleibt vor Allem der sogenannte Flankenmeteorismus aus, da das Kolon an der Auftreibung nicht theilnimmt. Je tiefer innerhalb des Dünndarmes die Stenose sitzt, umso mehr Schlingen nehmen am Meteorismus theil, desto beträchtlicher ist er also. Anderseits nimmt der Kräfteverfall umso rascher zu, je höher der erkrankte Darmabschnitt gelegen ist. Am besten verwerthbar für die topische Diagnostik der Darmstenose ist, wenn wir von den direct palpablen Tumoren etc. absehen, der Nachweis einer bestimmten, bei jedem Anfall peristaltisch sich versteifenden Schlinge.

Die zuletzt zu entscheidende diagnostische Frage ist die nach der pathologisch-anatomischen Natur der Darmstenose. Handelt es sich um eine evident chronisch entstandene Stenose, so schwankt die Entscheidung vor Allem zwischen Narbe und Neoplasma. Für die Narbe spricht ein vorausgegangener Ulcerationsprocess (Diarrhöen, Darmblutungen), eine überstandene Brucheinklemmung, eventuell der Nachweis von Tuberculose und, von negativen Momenten, das Fehlen eines nachweisbaren Tumors. Was die stenosirenden Neoplasmen des Darmes betrifft, so handelt es sich hier fast ausnahmslos um Carcinome, da die Sarkome des Darmes in der Regel keine Stenose zur Folge haben. Spricht nun auch höheres Alter eines an Darmstenose Erkrankten für Carcinom, so darf man den Schluss nicht umkehren, da gerade Darmcarcinome, speciell Rectumcarcinome, schon häufig bei jungen Individuen beobachtet worden sind. Auch wir haben schon mehrfach Rectumcarcinome bei Individuen zwischen 18 und 25 Jahren zu behandeln Gelegenheit gehabt. Aber anderseits muss betont werden, dass auch eine sehr lange Dauer des Leidens mit der Annahme eines Dickdarmcarcinoms nicht unvereinbar erscheint; oft dauert es 1—2 Jahre, ehe das schrumpfende Dickdarmcarcinom die ersten Erscheinungen macht und es kann weitere Jahre dauern, ehe das Carcinom zum Tode führt. In solchen Fällen ist die durch das Carcinom bedingte Darmstenose deletärer als das Carcinom an sich, und es ist begreiflich, dass eine eigentlich nur palliative Therapie, wie es die Kolotomie in solchen Fällen ist, relativ befriedigende Erfolge in Bezug auf die Verlängerung der Lebensdauer des Kranken gibt. Im Allgemeinen kann man wohl sagen, dass, wenn man bei einem älteren Individuum die Symptome einer langsam zunehmenden Dickdarmstenose nachweisen kann, und irgend eine andere greifbare Ursache nicht zu

finden ist, sich meist ein circuläres Koloncarcinom als Ursache der Stenosenerscheinungen herausstellen wird. Durchaus nicht selten finden sich bei an derartigen Dickdarmcarcinomen leidenden Leuten Intervalle von Wochen und selbst Monaten, während welcher vollkommenes Wohlbefinden besteht; auch dies darf nicht dazu veranlassen, die Annahme eines Carcinoms auszuschliessen.

Leichter wird die Diagnose, wenn ein Tumor direct palpabel ist. Allerdings muss man sich zunächst davor hüten, hinter der Stenose angesammelte Kothmassen für Tumormassen zu halten. Meist lässt sich der Koth doch eindrücken und dadurch als solcher nachweisen; in anderen Fällen ist die Verabreichung von Irrigationen, eventuell auch eine Massage in dieser Beziehung diagnostisch verwerthbar. Dass auch einfache Kothmassen ohne das Bestehen einer reellen Darmstenose schon zu diagnostischen und therapeutischen Missgriffen Anlass gegeben haben, sei, obwohl es allgemein bekannt ist, doch noch eigens hervorgehoben, weil diese Verwechslung zu den in praktischer Beziehung allerwichtigsten gehört. Sieht man von den eben erwähnten Kothmassen ab, so kann ein Darmtumor ein neoplastischer oder ein entzündlicher sein. Da der Neoplasmen eben gedacht worden ist, so sei hier noch das Wichtigste betreffs der entzündlichen Tumoren des Darmes, insoferne sie zu Stenosen Anlass geben können, angeführt. An erster Stelle sind hier die durch Tuberculose bedingten Tumoren erwähnt, deren häufigster Sitz wohl die Ileocöcalgegend ist. Oft genug ist hier die Differentialdiagnose gegenüber einem echten Neoplasma selbst bei der Laparotomie unmöglich. Ist der Tumor allmälig ohne Fieber entstanden, derb, den Darm stenosirend, so kann es sich ebensowohl um ein Carcinom als um einen tuberculösen Tumor handeln. Für Carcinom spräche natürlich das Auftreten von metastatischen Knoten in der Leber, das Uebergreifen auf die grossen Gefässe, sehr rasche Progredienz, für Tuberculose spricht mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit der Nachweis von Tuberculose in anderen Organen und wohl auch Multiplicität der Darmtumoren; denn es scheint, dass multiple tuberculöse Darmtumoren relativ häufiger vorkommen als multiple carcinomatöse Darmtumoren. Das Auftreten multipler Tumoren im Netz oder im retroperitonealen Raum spricht natürlich für Carcinom. — Die Actinomykose des Darmes sei nur kurz hier angeführt, da sie, abgesehen von ihrer Seltenheit im Allgemeinen, nur in

Ausnahmsfällen die Ursache einer Darmstenose abgeben könnte. Brettharte, tumorähnliche Infiltration der dem Darmtumor benachbarten Bauchdecken würde die richtige Diagnose auch vor Auffindung der charakteristischen gelben Körnchen im Eiter ermöglichen. — Aber auch einfach — nicht specifisch — entzündliche Erkrankung (chronischer Katarrh) des Darmes kann zu stenosirenden Tumoren Anlass geben und wiederum ist die Ileocöcalgegend die Prädilectionsstelle der Krankheit.

Zur Bildung eines „Tumors“ im weitesten Sinne des Wortes gibt auch die Darminvagination Anlass. Die längliche Form der Geschwulst, die Darmblutungen, das relativ häufige Vorkommen der Invagination im Kindesalter wird die Diagnose erleichtern. Die durch Strangulation oder Volvulus geblähten Schlingen werden kaum zu einer Verwechslung mit einem Tumor Anlass abgeben; hier fühlt man wohl eine vermehrte, zumeist nicht ganz scharf abgegrenzte Resistenz, über welcher mitunter hoch tympanitischer Percussionsschall zu hören ist und die durch sogenannten „localen Meteorismus« zu Stande gekommen ist.

Durch die Anführung der zuletzt erwähnten Erkrankungen sind wir von der Aufzählung jener Ursachen der Darmstenose abgekommen, die bei der chronischen Darmstenose diagnostisch in Betracht kommen. Bei diesen handelt es sich, wie wiederholt sein möge, fast stets um Producte einer specifischen oder nicht specifischen Entzündung (Narben, respective entzündliche Tumoren mit Schwielenbildung) oder um Neoplasmen. In Fällen chronischer Darmstenose ist die diagnostische Entscheidung relativ leichter als in denen von acutem Darmverschluss, weil die Palpation des Abdomens doch sehr hänfig ein positiv verwerthbares Resultat ergibt.

Viel schwerer ist die diagnostische Entscheidung beim acuten Darmverschluss. Zumeist fällt es klinisch schon schwer, zu entscheiden, ob der acute Anfall auch einer plötzlich entstandenen Stenose entspricht oder nur eine Phase im klinischen Verlauf einer chronischen Darmstenose darstellt. Oft genug entwickelt sich eine derartige chronische Verengerung ganz symptomlos — gerade die circulären Dickdarmcarcinome sind in dieser Beziehung berüchtigt — es fehlen alle früher erwähnten Zeichen einer allmälig zunehmenden Stenose und es stellt sich mit oder ohne ersichtlichen Anlass (eventuell Diätfehler) mit einem Schlage das Bild des absoluten Darmverschlusses ein. Hier kommt nun

eine grössere Reihe von Möglichkeiten in Betracht. Vor Allem muss in jedem solchen Falle nach dem Bestehen einer äusseren Hernie gefahndet werden, es müssen also die äusseren Bruchpforten genau untersucht werden. Besonders die Hernia obturatoria ist es, die einer Palpationsdiagnose schwer zugänglich ist und zu Irrthümern Anlass geben kann. (Hier sei kurz folgender Fall erwähnt, der vor zwei Jahren an meiner Abtheilung zur Beobachtung kam. Eine alte Frau mit den Erscheinungen des acuten completen Darmverschlusses wurde aufgenommen. Die Anamnese ergab, dass gleichzeitig mit dem Beginne der Einklemmungserscheinungen Schmerzen längs der Innenseite des linken Oberschenkels aufgetreten waren. Diese Angabe [„Auerbach'sches Symptom"] liess mich zunächst an eine Hernia obturatoria incarcerata denken. Doch ergab die Untersuchung der Patientin das Vorhandensein eines grossen, vom Genitale ausgehenden, das Rectum comprimirenden Tumors. In der Regio obturatoria war hingegen nichts Abnormes zu fühlen. Nun musste man natürlich den erwähnten Tumor als Ursache der Darmstenose ansprechen. Die Patientin verweigerte den vorgeschlagenen operativen Eingriff und starb unter Ileuserscheinungen. Die Obduction ergab neben dem comprimirenden Ovarialtumor eine kleine incarcerirte Hernia obturatoria, einen Darmwandbruch, der zu klein gewesen war, um von aussen, respective per vaginam gefühlt zu werden. Dieser Fall zeigt, wie man mitunter durch den Palpationsbefund von einer richtigen diagnostischen Fährte abgelenkt werden kann und dass speciell bei der Hernie obturatoria ein fühlbarer Tumor fehlen kann.) Ist die Incarceration einer äusseren Hernie durch das Untersuchungsresultat ausgeschlossen, so kommen als Ursachen des acuten Darmverschlusses die echten inneren Incarcerationen (innere Bruchringe, durch Pseudoligamente, abnorme Lücken im Netz, Meckel-sches Divertikel etc.), der Volvulus, die Invagination, dann Tumoren und Narben, in dem oben erwähnten Sinn, in Betracht. Auf differentialdiagnostische Details, die therapeutisch von secundärer Bedeutung sind, kann hier nicht eingegangen werden. Im Allgemeinen sei zunächst hervorgehoben, dass die diagnostische Entscheidung umso schwieriger wird, je längere Zeit seit dem Beginn der Erkrankung vergangen ist. Der zunehmende Meteorismus und die später einsetzende Darmlähmung machen im vorgeschrittenen Stadium jede genaue Diagnostik unmöglich. Be-

sonders schwere Erscheinungen vom Beginne der Erkrankung an, rasche Steigerung derselben bis zum Collaps machen immer eine jener Formen des Darmverschlusses wahrscheinlich, bei denen die Blutcirculation im Darm hochgradig geschädigt ist, also echte Incarcerationen und Achsendrehungen. Die Incarceration in einen inneren Bruchsack wird man eventuell, wenn es sich um an einer der Palpation zugänglichen Stelle gelegenen Bruchsack handelt (z. B. präperitoneale Bruchsäcke in der Nähe der Blase), durch das Auftreten eines entsprechenden Tumors mit einem gewissen Grad von Wahrscheinlichkeit erschliessen können. Eine Strangulation wird unter Umständen durch das Wahl'sche Symptom des localen Meteorismus diagnosticirt werden können. Man kann dann an einer eventuell auch schon bei der Inspection als leicht prominent erscheinenden Stelle des Abdomens eine abgrenzbare, prall elastische Resistenz nachweisen, die bei der Percussion höher meteoristisch schallt als die Umgebung und an welcher keine peristaltischen Bewegungen sichtbar sind. Wo dieses Wahl'sche Symptom nachgewiesen ist, beansprucht es unbedingte Berücksichtigung und ist nicht nur diagnostisch, sondern auch therapeutisch werthvoll, weil es für die Localisation des auszuführenden Eingriffes von entscheidender Bedeutung ist. Auch beim Volvulus kann ein dem Wahl'schen Symptom analoges Localsymptom auftreten und speciell in Fällen des nicht gar so seltenen Volvulus flexurae sygmoideae ist der locale Meteorismus ein sehr werthvolles diagnostisches Zeichen.

Die Invagination verräth sich, abgesehen von dem Abgang von Blut, respective blutigem Schleim, durch das Auftreten eines wurstförmigen Tumors, der selbst bei starkem Meteorismus noch fühlbar bleibt. Dass eine Narbe oder ein stenosirendes Neoplasma, also eine nicht acut entstandene Ursache, einem acut aufgetretenen Darmverschluss zu Grunde liegt, wird bei Mangel entsprechender anamnestischer Angaben nur vermuthet werden können. Das Fehlen jener früher erwähnten schweren Erscheinungen, die eine Schädigung der Blutcirculation im Darm anzeigen, wird die eben genannten Erkrankungen oder eine Obturation (z. B. Gallensteine) des Darmes wahrscheinlich machen. Dass stets das Rectum digital untersucht werden muss, sei nochmals hervorgehoben. Eines Symptomes sei noch kurz gedacht, des Auftretens von freier Flüssigkeit im Bauchraum. Ist man in

der Lage, nachzuweisen, dass die Flüssigkeit sich rasch angesammelt hat, so kann es sich unter den hier in Betracht kommenden Umständen um Peritonitis oder um irgend eine Form des acuten Darmverschlusses, vor Allem Strangulation, handeln. In den differentialdiagnostisch zu erwägenden Fällen kommt wohl nur die eitrige Peritonitis in Betracht und da wird Temperaturverlauf, der Charakter des Erbrechens (sehr häufiges Aufstossen und Erbrechen in kleinen Mengen, fast sofortiges Erbrechen alles Genossenen bei Peritonitis), die früh eintretende Darmlähmung die Diagnose meist ermöglichen. Hier kann übrigens ausnahmsweise auch die Chirurgie die Blutuntersuchung diagnostisch verwerthen, indem Leukocytose natürlich für Peritonitis und gegen Incarceration spricht; nur vergesse man nicht, dass Incarceration und Peritonitis auch vereint vorkommen können. Sieht man aber vom peritonitischen Exsudat ab, so kommt eine rasch zunehmende Ansammlung von (meist hämorrhagischer) Flüssigkeit, im freien Bauchraum vor Allem beim Volvulus und bei der Strangulation vor. Es handelt sich hiebei theils um Transsudation von den geschädigten Därmen aus, theils aber auch um Flüssigkeitsabscheidung von dem gereizten Peritoneum (wie man dies analog bei der Torsion von Ovarialcysten sehen kann). Eine schon durch das langsamere Entstehen, respective Zunehmen leicht von der oben erwähnten Art differenzirbare Flüssigkeitsansammlung im Bauchraume finden wir bei Darmcarcinomen, und zwar speciell bei den kleinen circulären Dickdarmcarcinomen, von denen oben schon mehrmals die Rede war. Hier handelt es sich meist um seröse, nur in späteren Stadien, zumeist bei schon vorgeschrittener Metastasenbildung hämorrhagische Flüssigkeit.

(Schluss folgt.)

Aus der medicinischen Abtheilung des Primararztes Doc. Dr. Pal im k. k. Allgem. Krankenhause in Wien.

Oxykampher (Oxaphor) — als Antidyspnoicum und Sedativum.

Von Dr. Alfred Ehrlich.

(Schluss.)

Fall IX. B. Th., 56 Jahre alt, Pfründnerin, aufgenommen am 26./II. 1898 mit Mitralstenose, Myodegeneratio cordis und Kyphoscoliosis.

Pat. ist bei der Aufnahme sehr blass, an den peripheren Theilen stark cyanotisch; es besteht Orthopnöe. Herzthätigkeit arhythmisch. T. 36, P. 100, R. 40.

Am 28. erhält Pat. 0·5 Oxykampher ohne wesentlichen Erfolg; nach kaum viertelstündiger Erleichterung tritt die Dyspnoë mit früherer Heftigkeit wieder auf. Die Herzthätigkeit bei gleichzeitiger Verabreichung von Inf. fol. Digital. gebessert.

Am 1./III. Ebenso geringer Erfolg durch 0·5 Oxykampher. Pat. bleibt hochgradig dyspnoisch; Cyanose wechselnd.

Am 2./III. erhält Pat. um 9 Uhr Morgens 1·00 Oxykampher. Von 11 Uhr an tritt deutliche Besserung ihres Zustandes ein. Die bis dahin mühsamen, stark beschleunigten Athemzüge werden tiefer, leichter, der Gesichtsausdruck der Pat. wird frischer und selbe kann für kurze Zeit erhöhte Rückenlage einnehmen. Die Zahl der Respirationen fiel von 42 auf 31. Die Pat., die schon zwei Tage jede Nahrung zurückgewiesen, verlangt nach derselben. Die Besserung währt bis ungefähr 3 Uhr Nachmittags. Um diese Zeit stellt sich wieder Athemnoth ein. Pat. erhält 1·00 Oxykampher. Die Besserung des Zustandes ist aber nicht so gross und anhaltend wie Vormittags. Die Nacht verbringt Pat. unruhig, meist aufrecht im Bette sitzend.

3./III. 9 Uhr Früh 1·00 Oxykampher. 10 Uhr. Keine wesentliche Besserung. 0·5 Oxykampher. 11 Uhr. Pat. gibt an, sich wieder bedeutend wohler zu fühlen, kann ohne Beschwerden erhöhte Rückenlage einnehmen. Das Wohlbefinden hält auch in den Nachmittagsstunden an. Um 4 Uhr 0·5 Oxykampher.

4./III. Die Nacht verbrachte Pat. ruhig, sie konnte einige Stunden schlafen, erst am Morgen trat Dyspnoë auf. Pat. erhielt nun täglich zweimal je 1·00 g Oxykampher, verbrachte die Nächte ruhig, theilweise schlafend. Dyspnoë trat nur bisweilen in den Abendstunden auf. Cyanose nicht wesentlich geändert.

Pat. starb am 9./III. unter Erscheinungen von Herzschwäche.

Wir haben also in diesem Falle mit der versuchsweise angewandten Dosis von 0·5 Oxykampher nicht den gewünschten Erfolg erzielt, so dass wir zu der gewöhnlichen Dosis von 1·00 zurückgreifen mussten, die man in schwereren Fällen bei Erwachsenen wohl als die Minimaldosis ansehen kann.

Fall X. G. A., 62 Jahre alt, Ziegeldeckerin, aufgenommen am 6. October 1898. Aorteninsufficienz.

Pat. hat Typhus durchgemacht, gibt an, sonst stets gesund gewesen zu sein. Die jetzigen Beschwerden begannen vor circa vier Monaten und bestehen vornehmlich in sehr heftiger Athemnoth, so dass Pat. weder gehen noch liegen kann. Sitzend bringt Pat. auch die Nacht zu. Seit langer Zeit kann sie aus diesem Grunde nicht schlafen und ist stark entkräftet.

Sie gibt an, dass sie bereits ausserhalb des Spitals verschiedene Medicamente bekommen, die aber keine Besserung gebracht haben.

Pat. erhielt am 14./XI. Abends zum ersten Male Oxykampher und zwar 1·00 der 50%igen alkoholischen Lösung des Mittels = 2 Esslöffel der folgendermassen präscribirten Lösung:

Solut. Oxycamph. alcohol. 50%
Syrup. fruct. aurant. āā 10·0
Aquae destillat. ad 200·0

Schon eine Stunde nach der Medication trat eine deutliche Besserung des Befindens ein, die Athemzüge wurden sichtbar leichter, der Gesichtsausdruck der Pat. frischer, und war selbe nach circa zwei Stunden im Stande, erhöhte Rückenlage einzunehmen. Nachts konnte sie mehrere Stunden ruhig schlafen und fühlte sich am Morgen bedeutend kräftiger, so dass sie den Wunsch äusserte, das Bett verlassen zu dürfen. Die Oxykampher-therapie wurde weiter fortgesetzt, und zwar Morgens einen Ess-löffel, Abends je zwei Esslöffel der oben angeführten Lösung, und das subjective und objective Wohlbefinden hielt während der ganzen Zeit an.

Schon nach fünftägiger Medication konnte Pat. die ganze Nacht schlafen, konnte den grössten Theil des Tages ausser Bett verbringen und empfand nur Athemnoth bei raschem Gehen oder bei häufigem Bücken. Nebenerscheinungen waren keine zu beobachten, nur klagte Pat. über den schlechten Geschmack der Lösung, was durch Verabreichung des Pulvers in Gelatinekapseln vermieden war.

Fall XI. R. F., 60 Jahre alt, Wäscherin, aufgenommen mit Arteriosklerose, Stenokardie.

Pat. war stets gesund bis auf Scharlach und Masern, die sie in frühem Kindesalter durchgemacht. Vor zwei Jahren verspürte sie zeitweise beim Stiegensteigen, sowie bei schwererer körperlicher Arbeit, die ihr Beruf mit sich brachte, vorübergehende Athembeschwerden, auch Herz-klopfen und Schwindelgefühl.

Vor einem Jahre begann diese anfallsweise auftretende Dyspnoë häufiger und auch viel heftiger zu werden, so dass Pat. sich genöthigt sah, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Die Athemnoth war während eines solchen Anfalles so heftig, dass Pat. zu ersticken vermeinte. Der Körper bedeckte sich mit Schweiss, das Gesicht wurde gewöhnlich stark cyanotisch und gleich-zeitig bestand Schwindelgefühl.

Der Anfall währte mit sinkender Intensität bisweilen gegen zwei Stunden. Pat. erhielt gewöhnlich Eisbeutel auf die Herzgegend und Solut. Nitroglycerini, ohne die gewünschte Besserung zu erzielen und verspürte oft 2—3 Tage nach einem solchen Anfalle, wenn auch in geringerem Maasse, dyspnoische Beschwerden.

Pat. erhielt nun während eines bei uns zur Beobachtung gelangten Anfalles 2·00 Oxykampher und wir konnten bereits nach einer Stunde eine deutliche Besserung ihres Zustandes constatiren.

Die Athmung wurde auch in diesem Falle freier, ruhiger, der ängstliche Gesichtsausdruck, den die Pat. angenommen hatte, verschwand allmälig und nach circa $^3/_4$ Stunden konnte der Anfall als beendet angesehen werden.

Die Kranke fühlte sich bedeutend wohler und klagte nur über dumpfen Kopfschmerz, der aber nach Verabreichung von 1·1 Migränin bald schwand, so dass sie mehrere Stunden ruhig schlafen konnte und ziemlich gekräftigt erwachte.

Sie erhielt nach 6 Stunden wieder 1·00 Oxykampher und die anhaltenden Athembeschwerden, welche sonst dem Anfalle zu folgen pflegten, blieben ganz aus oder waren nur sehr gering.

Solcher Anfälle wurden mehrere von uns bei derselben Pat. beobachtet und verliefen alle bei Oxykampherbehandlung ziemlich gut.

Auch in einem Falle nervöser Dyspnoë und Kopfschmerzen kam der Oxykampher zur Anwendung, doch konnten dabei keine sicheren Resultate erzielt werden, da die Angaben der zur Beobachtung bestimmten Pat. nicht vollkommen glaubwürdig waren und die objective Prüfung ihres Zustandes keine derartigen Anhaltspunkte bot, dass aus denselben sichere Schlüsse gezogen werden konnten.

Fall XII. B. M., 32 Jahre alt, Cassierin, aufgenommen am 6./II. 1898. Die Diagnose wurde auf Cephalea hysterica gestellt.

T. 37·7, P. 68, R. 29.

Die Pat. klagte über unerträgliche Kopfschmerzen, die sich namentlich auf das Hinterhaupt und auf die Halswirbelsäule herab erstreckten, sowie zeitweise auf beide Schläfengegenden.

Die Reflexe waren durchgehends etwas gesteigert, Pupillen träge reagirend, sonst im Bereiche der Hirnnerven nichts Abnormes. Sensibilität und Motilität intact, dis Halswirbelsäule auf Druck empfindlich.

Pat. jammerte unaufhörlich und bisweilen hatte es den Anschein, als ob das Sensorium getrübt wäre, denn sie gab auf an sie gestellte Fragen ganz unzusammenhängende Antworten, doch blieb dieser Zustand stets nur von kurzer Dauer.

Augenspiegelbefund: R. Papille etwas vergrössert, verwischt, Papillengewebe sehr trüb, grau-röthliche Gefässe, mässig weit, leicht verdickte Gefässwandung.

Pat. erhielt Eisbeutel auf den Kopf, sowie unter die Nackenwirbelsäule, ferner Phenacetin und Antipyrin, ohne die geringste Besserung zu verspüren. Sie stöhnt den ganzen Tag.

Erst Morphiuminjection brachte vorübergehende Erleichterung, nach zwei Stuuden traten nach ihrer Angabe wieder dieselben Schmerzen auf. Der Zustand dauert unverändert bis 15./II. Pat. muss häufig Morphiuminjectionen erhalten.

Am 16./II. wird ein Versuch mit 1·00 Oxykampher gemacht, ebenfalls ohne Erfolg.

17./II. Pat. hat mehreremal erbrochen, Wirbelsäule bis gegen den zweiten Brustwirbel sehr schmerzhaft, Reflexe lebhaft gesteigert.

Pat. erhält Morgens wieder 1·5 Oxykampher. Nach circa einer Stunde gibt sie an, dass sie sich etwas leichter fühle, sie hat zu stöhnen aufgehört, so dass scheinbar auf eine Besserung ihres Zustandes geschlossen werden kann.

4 Uhr Nachmittags gibt Pat. an, dass die Kopfschmerzen mit unveränderter Heftigkeit wieder aufgetreten sind.

Am nächsten Tage tritt nach 1·5 Oxykampher wieder Besserung ein, die nach Angabe der Pat. bis gegen Abend anhält. Abends sind die Schmerzen sehr heftig, so dass eine Morphiuminjection gemacht werden muss. Doch auch nach dieser ist nur vorübergehende Linderung eingetreten. Diese Schwankungen im Befinden der Pat. dauern nahezu drei Wochen. Bald fühlt sie sich auf Oxykampher, bald auf Antipyrin und Phenacetin wohler.

Vom 4./III. bis 10./III. erhält Pat. täglich 3·00 Oxykampher in zwei Dosen, am 10./III. tritt eine länger dauernde schmerzlose Periode ein; Pat. fühlte sich bis 20./III. sehr wohl, empfand keinerlei Beschwerden und verbrachte den grössten Theil des Tages ausser Bett.

Erst am 20./III. traten Schmerzen im Abdomen, Obstipation und am 21./III. wieder die Kopfschmerzen auf, welche in derselben Weise localisirt waren, wie bei Aufnahme der Pat.

Es wurde wieder Oxykampher verabreicht, der während der schmerzlosen Zeit ausgesetzt worden war, nach einer bis eineinhalb Stunden trat regelmässig eine Besserung ein, die jedoch nicht lange währte.

Vom 10./IV. war wieder anhaltendes Wohlbefinden zu constatiren, weshalb Pat. am 18./IV. entlassen wurde.

Es lässt sich in diesem Falle schwer feststellen, ob die Besserung auf die Wirkung des Oxykamphers zurückzuführen oder ob dieselbe eine reine Suggestivwirkung war.

Auch in zwei Fällen von croupöser Pneumonie haben wir Oxykampher in Dosen von ein Gramm zweimal täglich mit sehr gutem Erfolge angewandt und besonders in den ersten Tagen der Erkrankung war eine deutliche Verminderung der dyspnoischen Beschwerden wahrzunehmen.

Im Ganzen wurden unsere Versuche an 32 Fällen verschiedener Art ausgeführt, und wir haben keinen Fall darunter gesehen, bei dem die Wirkung des Mittels ganz ausgeblieben wäre. Der Oxykampher hat sich sonach in unseren Fällen als ein specifisch auf die Athmung wirksames, wenn auch nicht immer gleichmässig wirkendes Mittel erwiesen. Es kamen wohl unter den zahlreichen Fällen auch einzelne zur Beobachtung, bei denen der Erfolg nur ein vorübergehender oder mässiger war,

allein in der überwiegend grösseren Zahl war derselbe sehr befriedigend und immer war eine subjective Erleichterung bei den Patienten zu constatiren. In einzelnen Beobachtungen war die Wirkung eine nachhaltige. Die besten Erfolge verzeichnen wir in den Fällen von Lungenerkrankungen, und zwar bei Tuberculosen, jedoch auch bei circulatorischer Dyspnoë hatten wir eine auffallende Verminderung der Respirationsfrequenz erreicht; so sahen wir z. B. in Fall II. die Zahl der Athemzüge binnen einer Stunde von 56 auf 23 sinken. Ganz besonders bemerkenswerth erscheint uns vor Allem die mit dem Schwinden der objectiven Dyspnoë einhergehende Euphorie, welche in vielen der Fälle die Veranlassung war, dass das Mittel von den Kranken stets neuerlich verlangt wurde. Bei manchen wurde der Oxykampher direct als Hypnoticum begehrt.

Mit Rücksicht auf die Wirkung desselben in Fällen circulatorischer Dyspnoë (also bei Herzinsufficienz und incompensirten Vitien mit Stauungserscheinungen) haben wir noch Folgendes zu bemerken: Der Effect des Oxykamphers steht hier (wie wir in Fall VIII gesehen) in Abhängigkeit von dem Grade der Stauung, insoferne als sich gezeigt hat, dass das Resultat der Medication im Stadium der eingeleiteten Diurese ausgiebiger war, als auf der Höhe der Stauung, wobei der Erfolg, wie Controlbeobachtungen bei demselben Falle gezeigt haben, nicht durch die eingetretene Diurese allein herbeigeführt war. Bei Sistirung der Oxykamphermedication war nämlich in diesem Falle (siehe Tabelle E) die Respirationsfrequenz ceteris paribus höher.

Nach Alledem ist der Oxykampher als ein Sedativum zu bezeichnen mit specifischer Wirkung auf das Respirationscentrum; es ist aber nach unseren bisherigen Beobachtungen die Annahme begründet, dass seine sedative Wirkung sich auch auf andere nervöse Centren (z. B. Sexualfunctionen) erstrecken dürfte, bezüglich welcher unsere bisherigen Erfahrungen keine genügenden sind, als. dass wir mit einer einschlägigen Mittheilung hervortreten könnten.

Was die Einzelgaben betrifft, wollen wir schliesslich nochmals hervorheben, dass die Dosis unter 1 g meist effectlos ist, dass selbe durchschnittlich 1—2 g beträgt und dass wir in unseren Versuchen über Tagesgaben von 3 g nicht hinausgegangen sind, weil wir dazu keine Veranlassung hatten.

Unangenehme Nebenwirkungen haben wir bei unseren



Fällen nicht beobachtet, wir betonen jedoch dabei, dass wir stets tadelloses, unverändertes Material verabreichten.

Zum Schlusse meiner Arbeit sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Chef Herrn Primarius Docenten Dr. Pal für die liebenswürdige Unterstützung, die er mir bei derselben angedeihen liess, an dieser Stelle meinen besten Dank zu sagen.

REFERATE.

Interne Medicin.

Ueber Darmgährung, Meteorismus und Blähungen. Von Prof. Dr. Ad. Schmidt.

Bei der Analyse der Gasbeschwerden muss man im Wesentlichen nach zwei Richtungen vorgehen; die Ursachen der erhöhten Gasproduction sind von denen der Gasretention zu trennen. Die Grösse der Gährung des Darminhaltes schwankt auch beim Gesunden innerhalb weiter Grenzen. Eine annähernde und praktisch brauchbare Schätzung der Darmgährung gestattet die Beobachtung der Nachgährungsgrösse der Fäces, resp. der aus höheren Darmabschnitten (durch künstlichen After) entleerten Contenta.

Die Gasbildung beginnt höchst wahrscheinlich auch unter normalen Verhältnissen schon im Dünndarm, wenigstens in dessen unteren Abschnitten, während der Dickdarm bei Weitem die Hauptmenge Gas liefert. Eine scharfe Grenze, wie für die Darmfäulniss, existirt an der Bauhin'schen Klappe für die Darmgährung nicht.

Von den Factoren, von welchen unter normalen Verhältnissen die Grösse der Darmgährung abhängt, sind die wichtigsten: 1. die Art der aufgenommenen Nahrung, 2. die Mikrobenflora des Darmes, 3. die Dauer des Aufenthaltes der Ingesta im Darminnern. Die Gasbildung im Darme ist umso grösser, je grösser die Menge der genossenen Kohlehydrate war und je unzugänglicher für die Verdauungssäfte die Kohlehydrate in der Nahrung enthalten waren. Alle stark cellulosehaltigen Speisen, wie Schwarzbrot, Hülsenfrüchte, Kartoffeln und Gemüse verursachen eine bedeutend erheblichere Gasbildung im Darm als selbst viel grössere Mengen von Milch und aufgeschlossenen Stärkepräparaten.

Bei normaler Verdauung geschieht die Gasbildung im Darme fast ausschliesslich durch Zerfall von Stärke, resp. deren Umwandlungsproducten. Der Antheil von Cellulose und Eiweiss an der Bildung der Darmgase ist sehr gering. Ganz besonders reichlich pflegt die Darmgährung bei Leguminosenkost, bei Genuss von Sauerkraut und gewissen anderen Gemüsen zu sein, die man gemeiniglich als blähende zu bezeichnen pflegt. Keine von diesen Speisen muss bei gesunder Darmfunction nothwendig jedesmal Blähungsbeschwerden erzeugen, so lange sie nicht im Uebermass genossen war oder in anderer Weise zur Entstehung einer Indigestion Veranlassung gegeben hat.

Die Menge des zugeführten oder im Darm selbst gebildeten Gases ist an und für sich nicht massgebend für das Zustandekommen von Flatulenz. Ein gut functionirender Darm wird auch mit stark gährenden Substanzen durch Resorption und schleunige Herausbeförderung fertig. Treten Beschwerden auf, so sind in der Regel noch andere Factoren dabei im Spiele. Die Einführung fremder Gährungserreger, wenn nicht gleichzeitig Erkrankungszustände des Darmes bestehen, übt nur einen beschränkten Einfluss auf die Steigerung der Darmgährung aus.

Von grösserer Bedeutung als die besprochenen Factoren ist die Dauer des Aufenthaltes der Ingesta im Darminnern. Unter normalen Verhältnissen ist dieselbe bis zu einem gewissen Grade direct abhängig von der Darmgährung, indem die Gährungsproducte, die flüchtigen Fettsäuren und die CO_2, anregend auf die Peristaltik wirken. Wenn die Passage gährender Speisen durch den Darm in irgend einer Weise gehemmt oder verlangsamt wird, so stellen sich alsbald durch abnorme Gasansammlung Beschwerden ein. Die Gasansammlung ist nicht allein und nicht immer eine Folge der Behinderung der Gasentleerung, sondern zum grossen Theil auch durch vermehrte Gasproduction hervorgerufen. Mangelhafte Function der Darmmusculatur oder Stagnation der Ingesta aus anderen Gründen ist die wichtigste und häufigste Ursache abnormer Darmgährung. Wie für den Magen, gilt auch für den Darm der Satz, dass krankhafte Gasbildung ohne Störung der Muskelthätigkeit zu den Ausnahmen gehört. Die Gesammtmenge des innerhalb der Bauchhöhle angesammelten Gases kann gross sein auch bei nicht sonderlich gesteigerter Gährung. In erster Linie kommt die Fähigkeit der Darmwand, CO_2, H_2 und Methan, die wesentlichen gasförmigen Gährungs-

producte zu resorbiren, in Betracht. In der Regel wird die Gasresorption unter denselben Bedingungen Noth leiden, unter denen auch die Resorption der Nährstoffe leidet, und das ist fast bei allen functionellen und organischen Darmleiden in mehr oder minder hohem Grade der Fall.

Der letzte Punkt betrifft die Fortschaffung der Gase durch den Anus. Alle Momente, welche die Passage des Inhaltes durch den Darm behindern, erzeugen secundär eine erhöhte Gährung des Darminhaltes. Die meisten dieser Momente können aber gleichzeitig auch die prompte Herausbeförderung der Darmgase stören, und man ist oft nicht in der Lage, zu bestimmen, ob man es mit einer Retention oder mit einer Ueberproduction von Gas zu thun habe. Dieses gilt ganz besonders für die unvollständigen Hindernisse: Stenosen mässigen Grades und leichte Paresen der Darmmusculatur. Bauchmuskelschwäche allein ist nur selten Ursache einer krankhaften Gasretention im Abdomen. Auch die Consistenz der Fäces kommt in Betracht.

Von den klinisch unterschiedenen zwei Gruppen vermehrter Gasbildung im Darme ist diejenige, welche mit abnormer Gasansammlung verbunden ist, entweder durch Behinderung der Passage (partieller Meteorismus) oder durch Schwächezustände der Darmmusculatur (allg. Meteorismus, Tympanitis) hervorgerufen. Bei der zweiten, welche mit gesteigerter Peristaltik verbunden ist (Kollern, Koliken, vermehrte Flatus), sind die Ursachen in functionell oder organisch bedingten Störungen der chemischen Darmthätigkeit zu suchen.

Die Therapie abnormer Gasbildungen fällt bei partiellem Meteorismus infolge von Stenosen und bei allgemeiner Darmlähmung durch Peritonitis, Sepsis u. s. w. mit der des Grundleidens zusammen. Die Behandlung der Gasansammlung durch Atonie der Darmmusculatur bei Enteroptose, Anämie und anderen Zuständen kann nur eine tonisirende sein, u. zw. besser eine mechanische als eine medicamentöse. Massage, äussere und innere Faradisation, hydrotherapeutische Proceduren und Widerstandsbewegungen. Auch bei vorwiegend nervösen Störungen können sie, wenn der eventuell zu Grunde liegende Katarrh beseitigt ist, Nutzen bringen. Zur mechanischen Herausbeförderung der Gase dienen am besten die Abführmittel, die schon wegen der begleitenden Obstipation gelegentlich gebraucht werden müssen.

Wo die gesteigerte Gährung eine Folge chemischer Stö-

rungen ist, und zwar in der Regel auf der Grundlage entzündlicher Veränderungen der Schleimhaut, wird in erster Linie eine äusserst vorsichtige Diät verlangt. Alles was mechanisch, thermisch oder chemisch reizend auf die Schleimhaut des Darmes wirken kann, ist sorgfältig zu vermeiden. Im Uebrigen sind für die Auswahl der Kost die Erfahrungen des Patienten oft von entscheidender Bedeutung.

Wenn die erhöhte Gasbildung das hervorstechendste Symptom der Verdauungsstörung ist, so muss zunächst festgestellt werden, ob nicht vielleicht eine vermehrte Eiweissfäulniss an derselben Schuld trägt. Gewöhnlich, zumal bei leichterer Erkrankung, ist das nicht der Fall; es findet nur eine gesteigerte Kohlehydratzersetzung statt. Dann kann man durch unvermittelten Uebergang zu möglichst ausschliesslicher Eiweiss-Fettdiät die Gährung oft vollständig und dauernd unterdrücken. Es findet dabei eine auffällige Veränderung der Bacterienflora des Darmes statt (Lembke). Allmälig wird man zur gemischten Kost zurückkehren müssen, und es empfiehlt sich dann, zunächst mit den Kohlehydraten der Nahrung häufiger zu wechseln, damit nicht wieder bei stets gleichmässiger Beschaffenheit des Nährbodens ein bestimmter Gährungserreger sich dauernd ansiedeln kann.

Was den Einfluss der medicamentösen Therapie auf die Grösse der Darmgährung betrifft, so ist Vf. der Meinung, dass die Beförderung der Stuhlentleerung die gesteigerte Darmgährung in den meisten Fällen besser beeinflussen wird als die gebräuchlichen Desinficientien. — (Therap. Monatsh. Nr. 1, 1899.)

Zur Behandlung der Epilepsie nach Flechsig. Von Dr. Wilhelm Lorenz.

Vf. hat in der niederösterreichischen Landesirrenanstalt zu Ybbs 40 Epileptische (24 Männer, 16 Frauen) der Flechsig'schen Behandlungsmethode unterzogen. Verwendet wurde ausschliesslich Opium purum; die Tagesmenge wurde auf drei Zeiten: Früh, Mittags und Abends gleich nach der Mahlzeit vertheilt. Begonnen wurde mit 0·09 g pro die, täglich um 0·03, nur jeden dritten Tag um 0·04 g, 28 Tage hindurch steigend, so dass am 28. Behandlungstage 1·0 g Opium purum erreicht wurde, welche Opiumdosis, ebenfalls auf drei Tageszeiten vertheilt, 14 Tage lang verabreicht wurde. Die Gesammtdauer der Opiumbehandlung betrug 42 Tage, die Menge des während dieser Zeit dem Organismus einverleibten Opiums etwas über 29 g. Die von

Flechsig als Adjuvantia der Cur empfohlenen Hilfsmassregeln, wie: Bettruhe, Darmspülungen, Diät wurden im gegebenen Falle in ausgedehntester Weise in Anwendung gebracht. Der Uebergang vom Opium zum Brom erfolgte plötzlich, indem am 43. Tage der Behandlung Opium ausgesetzt und dafür 8·0 g Brom pro die in Form des Erlenmeyer'schen Gemisches gegeben wurde. Diese Bromdosis, durch 30 Tage verordnet, wurde hierauf auf 6·0 g pro die reducirt, nur bei einer Kranken musste schon früher infolge schwererer Intoxicationserscheinungen die Bromdosis vermindert werden. Nach weiteren 6½ Monaten erfolgte eine Reduction der täglich verordneten Brommenge auf 4·0 g, welche Dosis nicht mehr verändert wurde. Die Kranken boten alle das Bild der genuinen Epilepsie dar. Die Krankheitsdauer bis zum Beginne der Cur schwankte bei den einzelnen Behandelten zwischen 10 und 46 Jahren. Alle zeigten eine deutliche, bei den einzelnen Fällen jedoch in beträchtlichem Grade wechselnde geistige Abschwächung.

Vollständig konnte die Cur an 34 Kranken (22 Männer und 12 Frauen) durchgeführt werden, während bei den anderen Fällen theils infolge bedrohlicher Collapserscheinungen, theils infolge aufgetretenen Status epilepticus die Opiumphase vor Ablauf der sechsten Woche beendet werden musste. Während des Opiumgebrauches waren bei mehreren Kranken schwerere Störungen des körperlichen Befindens zu beobachten. Am bedrohlichsten war die bei vier Epileptischen sich einstellenden Collapserscheinungen, wohingegen die übrigen somatischen Erkrankungen im Allgemeinen nur wenig besorgnisserregend waren. Gastroenteritis war zweimal aufgetreten, Diarrhöen bei zwei Kranken, Obstipation bei sechs Patienten; während diese bei fünf Kranken mehr oder weniger leicht auf Irrigationen und Abführmittel zum Schwinden gebracht werden konnte, war sie in einem Falle so hochgradig, dass trotz hoher Irrigationen mit beigemischten Abführmitteln keine genügende Stuhlentleerung zu erzielen war. Wärend der Bromphase war der Gesundheitszustand ein etwas günstigerer. Zu Beginn derselben traten bei einzelnen Kranken leichte Abstinenzerscheinungen auf, welche ohne Opiumdarreichung im Laufe von 2—5 Tagen wieder schwanden. Bromismus trat während der hohen Dosen von 8·0 g pro die bei zwei Fällen auf, doch gelang es, durch Herabminderung der täglichen Bromdosis die Vergiftungserscheinungen

zum Schwinden zu bringen. Es waren auch fünf tödtliche Ausgänge während der Flechsig-Behandlung zu verzeichnen, doch ist keiner dieser Fälle direct mit der Opium-Bromtherapie in Verbindung zu bringen.

Mit Ausnahme dreier Kranker standen alle anderen seit Jahren unter Bromtherapie (4 g Erlenmeyer'sches Bromgemisch pro die). Bei der Mehrzahl der Kranken war die Bromtherapie ohne Einfluss auf die Zahl der Anfälle, wie auf das psychische Verhalten der Behandelten; bei einem Patienten vermehrte sich unter Brom sogar die Zahl der Anfälle im Monate. Leichte Besserungen wurden erzielt bei drei Männern und drei Frauen, eine auffallende in einem Falle.

Während der ersten Phase der Opium-Bromtherapie war die Zahl der Anfälle bei der Mehrzahl der Kranken gegen früher ziemlich unverändert, bei zehn Männern und drei Frauen trat eine wesentliche Vermehrung der Insulte auf; eine Verminderung bei zwei Männern und zwei Frauen. Anfallsfrei war während dieser Phase nur eine Kranke, welche, an ziemlich seltenen Anfällen leidend, bloss 17 Tage lang in Opiumbehandlung stand. In psychischer Hinsicht verhielten sich die Kranken in ähnlicher Weise: Bei der überwiegenden Zahl der Behandelten blieb die Psyche gänzlich unbeeinflusst, verschlechterte sich bei sieben Männern und vier Frauen. Eine Besserung des psychischen Verhaltens während der Opiumzeit war nur bei einem Kranken zu beobachten.

Nach Aussetzen des Opiums waren anfallsfrei 19 Kranke in der Dauer von 14 Tagen bis fünf Monaten. Nach Ablauf dieser anfallsfreien Zeiten stellten sich bei allen Kranken abermals Anfälle ein. Die Zahl derselben im Monate war in der folgenden Zeit bei der Mehrzahl der Behandelten gegen früher unverändert. Eine Vermehrung der Insulte wurde bei einem Manne und zwei Frauen, eine im Allgemeinen geringe Verminderung bei elf Männern und sechs Frauen beobachtet; diese Besserung war fast in allen Fällen nur eine vorübergehende. Zum Schluss der Beobachtungszeit (etwas über ein Jahr) sind nur bei vier Kranken die Anfälle um ein Geringes gegen früher vermindert.

Eine Besserung des psychischen Verhaltens wurde während der Bromdarreichung bei keinem Kranken beobachtet, eine Verschlechterung bei einem Falle.

Der Effect der Behandlung war also ein sehr geringer,

indem alle Kranken wieder rückfällig wurden. Eine geringe Besserung konnte bei vier Kranken beobachtet werden, ein Erfolg, welcher als zu gering und zu weiterer Verwendung der Methode nicht einladend bezeichnet werden muss, umsomehr, wenn man der schweren, oft bedrohlichen Erscheinungen gedenkt, welche auch von der Mehrzahl der Autoren im Verlaufe dieser Cur beobachtet wurden. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 2, 1899.)

Versuche mit Natrium glycerino-phosphoricum bei der Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems. Von Dr. Max Kahane.

In jüngster Zeit sind bei der Behandlung von Nervenkrankheiten, besonders von Frankreich aus empfohlen, die Salze der Glycerinphosphorsäure. Bei den geistigen Depressionszuständen der Phosphaturiker verwendet Robin:

Rp. Calcii glycerinophosph. 0·2 —0·4
Pulv. nuc. vom. 0·02—0·03
Alb. ovi sicc. 0·1
Dent. tal. dos. Nr. X ad caps. amyl.
S.: Bei jeder Mahlzeit 1 Pulver.

Allen Starr erzielte bei einem 1½ Jahre erfolglos behandelten Falle von Morbus Basedowii mit glycerinphosphorsaurem Natron innerhalb zwei Wochen wesentliche Besserung. Für solche Fälle empfiehlt sich die Verwendung:

Rp. Natrii glycerinophosph.
Aq. dest. āā 25·0
Aq. naphae 55·0
Syr. cort. aurant. 20·0
M. D. S. 1 Theelöffel 3—4mal täglich zu nehmen.

Bei Lumbago erzielte Robin durch Injection von 0·3—0·5 Natr. glycerinophosphoricum pro die in jede Seite der Lumbalgegend nach drei Tagen das Verschwinden der motorischen Störung. Im Gebrauche sind die Calcium-, Kalium-, Natrium-, Magnesium-, Lithium- und Eisensalze. Sehr günstige Erfolge wurden bei Neurasthenie, Ischias, Lumbago, Reconvalescenz nach schweren Infectionskrankheiten erzielt. Bei Chlorose und Anämie sind die glycerinphosphorsauren Eisenverbindungen sehr wirksam. Günstige Erfolge wurden ferner bei schweren Constitutionskrankheiten, Gicht, Diabetes, Morbus Addisonii, sowie bei Knochenerkrankungen, Rachitis, Osteomalacie, mangelhafter Callusbildung beobachtet. Contraindicirt ist die Anwendung bei mit Excitation und gesteigerter Oxydation einhergehenden Krankheitsprocessen.

Die Dosirung beträgt bei Kalium, Natrium und Magnesium glycerino-phosphoricum 0·1—0·4 pro dosi, 0·3—1·2 pro die, beim Calciumsalz 0·05—0·2 pro dosi, 0·5 pro die, beim Eisensalz 0·05—0·1 pro dosi, 0·1—0·3 pro die, beim Chininsalz 0·1, beim Lithiumsalz 0·5—1·0 g 2—3mal täglich. Zu subcutanen Injectionen wird zumeist die 5%ige wässerige Lösung der Calcium-, Kali- und Natronsalze verwendet.

Vf. hat ausschliesslich das Natrium glycerino-phosphoricum in folgender Form angewendet:

Rp. Natrii glycerinophosph. 25·0
Aq. dest.
Aq. naphae ãã 50·0
Syr. cort. aurant. 20·0

S.: 3mal täglich 1 Theelöffel in etwas Wasser zu nehmen.

In dieser Form stellt die Lösung eine klare, gelbliche Flüssigkeit von angenehmem aromatischen Geruche dar. Bei längerem Stehen tritt eine Trübung der Lösung ein. Angewendet wurde das Mittel bei 20 Fällen von Neurasthenie, Hysterie, Angst- und Zwangsneurose, sowie bei mit Anämie zusammenhängenden nervösen Zuständen, ausserdem in einem Falle von Morbus Basedowii und chronischer Myelitis. Das Medicament wurde von den Kranken gut vertragen, es ist durchaus unschädlich. Die Wirksamkeit war in der Mehrzahl der Fälle günstig. Die Pat. gaben an, dass bald nach Gebrauch des Medicamentes ein Gefühl des Frischer- und Wohlerseins sich einstellte, ohne dass gerade einzelne Symptome besonders beeinflusst worden wären. Vf. meint, dass den Glycerophosphaten eine anregende, tonisirende Wirkung auf das Gesammtnervensystem zuzuschreiben sei. — (Klin. therap. Wochenschr. Nr. 51, 1898.)

Behandlung der Lungentuberculose mit subcutanen Injectionen von Oleum camphoratum officinale Pharm. germ. Von Dr. Bruno Alexander.

Nach Vf. beeinflusst der Kampher die Gesammtheit der Krankheitssymptome bei der Lungentuberculose und kann somit einen Ersatz schaffen für die causale Therapie, die hygienisch-diätetische Behandlung. Er verwendet minimale Einzelgaben. Nach täglichen Injectionen von 0·1 Kampher = 1 cm^3 Ol. camphor. zeigen sich gewöhnlich schon am Ende der Woche nervöse Störungen, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, bei noch länger fortgesetzter Cur schliesslich Congestionserscheinungen in den

Lungen. Vf. wendet folgende Methode an: Bei fiebernden Patienten wird täglich einmal 0·1—0·2 cm³ Ol. camphor. also 0·01—0·02 Kampher subcutan injicirt, 4—6 Wochen ohne Unterbrechung; dann macht er eine Pause von einer bis vier Wochen, um die Injectionen dann wieder aufzunehmen. Ist der Patient fieberfrei geworden, so werden höhere Dosen injicirt, 0·3—0·5 cm³ Ol. camph. = 0·03—0·05 Kampher einmal täglich, kürzere Zeit — 8—14 Tage ohne Unterbrechung; in Intervallen von je acht Tagen wird diese Cur dann wiederholt. Fieberfreie Kranke werden entweder ebenso behandelt oder sie bekommen in Intervallen von acht Tagen je vier Tage lang einmal täglich 1 cm³ Ol. camph. = 0·1 g Kampher injicirt. Wenn der Kräftezustand sich bessert, so werden diese Curen immer längere Zeit ausgesetzt. Die Kamphercur hat keine Contraindication, auch die Hämoptoë nicht. Der Kampher spielt nach Vf. in der Phthisiotherapie dieselbe Rolle wie bei Herzklappenfehlern die Digitalis. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 48, 1898.)

Notiz zur Uebungstherapie. Von Prof. Dr. H. Oppenheim.

Die Frage der systematischen Uebung in der Hemmung und Unterdrückung von Muskelbewegungen hat bisher keine Berücksichtigung gefunden. Dass die mangelhafte Ausbildung und Beherrschung der Hemmungsapparate in der Symptomatologie der Neurosen eine grosse Rolle spielt, ist eine bekannte Thatsache. Die Nothwendigkeit der Ausbildung und Schulung des heranwachsenden Menschen in dieser Hinsicht ist längst empirisch erkannt und als Erziehung zur motorischen Ruhe in der Schule, beim Turnunterricht und besonders im Militärdienst zur Geltung gebracht worden.

Die Krankenbeobachtung zeigt jedoch, dass diese Form der Hemmungsgymnastik nicht immer für die Bekämpfung pathologischer Zustände und die zielbewusste Verhütung derselben ausreicht. Um diesen Indicationen zu genügen, lässt Vf. unter ärztlicher Aufsicht, unter Aufsicht eines sorgfältig instruirten Turnlehrers, Heilgehilfen oder auch eines Anverwandten des Patienten einen Cyklus genau vorgeschriebener Uebungen täglich oder mehrmals am Tage in einer für den einzelnen Fall festgesetzten Zeitdauer ausführen.

Zu diesen Uebungen gehört das Ruhigstehen, Stillesitzen, das Ruhighalten der erhobenen, in bestimmte Stellungen ge-

brachten Extremität für die Dauer von Secunden, Minuten und darüber hinaus, die plötzlich auf Commando ausgeführte Unterbrechung einer vorher schnell und rhythmisch ausgeführten Bewegung, z. B. der Armrollung, das Haltmachen im Laufschritt u. dgl. Auch die Unterdrückung von Affectbewegungen unter bestimmter Voraussetzung, z. B. das bekannte, von Kindern scherzweise oft geübte Unterdrücken des Lachens beim scharfen Ansehen kann zweckmässig sein. Besonders werthvoll kann ferner die Uebung in der Bekämpfung von Reflexbewegungen sein. Hierher rechnet Vf. die Unterdrückung des Lidschlages bei Annäherung eines Gegenstandes, z. B. einer Flamme ans Auge, die des Nasenreflexes bei Reizung der Nasenschleimhaut, des Sohlenreflexes beim Kitzeln, Streichen, Kratzen der Fusssohle u. s. w. Auch von anderen Hautpartien aus kann die Hemmung der Abwehrbewegungen bei Application leicht schmerzhafter Reize geübt werden. Ebenso können die Geruchs- und Geschmacksreflexe in den Kreis dieser Behandlung gezogen werden.

Diese Art von Hemmungsgymnastik wendet Vf. in jenen Fällen an, in denen die Zeichen einer mangelhaften Beherrschung der Hemmungsapparate vorliegen, in denen die Neigung zur Muskelunruhe, zu ungewollten Muskelbewegungen, besonders unter dem Einfluss psychischer Vorgänge (Affecte) bekundet, dass diese die motorische Sphäre in einem krankhaft erhöhten Masse in Action versetzen. So eignen sich für diese Therapie viele Fälle von Hysterie, Neurasthenie, Tic convulsif, Tic général, Zwangsbewegungen, localisirten Muskelkrämpfen u. s. w. Auch bei Chorea hat das Verfahren sich in einigen Fällen nützlich erwiesen. Besonders aber bewährte es sich bei einer Anzahl meist jugendlicher Individuen, bei denen sich auf dem Boden einer neuropathischen oder psychopathischen Diathese eine Art von Muskelunruhe bemerklich machte, die als eine krankhafte Steigerung der Verlegenheitsbewegungen betrachtet werden musste. Wenn man es vermeidet, bei diesen Uebungen zu hohe Anforderungen an die Aufmerksamkeit und Energie des Patienten zu stellen, wird man nie Schaden mit dieser Behandlung stiften und recht häufig erfreuliche Erfolge erzielen. — (Therap. Monatsh. Nr. 1, 1899.)

Ueber die Nützlichkeit von methodischen Darmeingiessungen als wesentlicher Factor bei der Behandlung der habituellen Verstopfung. Von Dr. O. Schnellong.

Vf. gibt folgende genaue Vorschriften für die Darm-

reinigungen: Ein Irrigator von $^1/_2$ Liter Inhalt, mit $^1/_4$ m Patentschlauch und einem englischen Darmrohr Nr. 7 (circa 15 cm lang) armirt, ohne Einschaltung eines Hahnes oder einer anderen Abklemmvorrichtung. Die Spülung täglich Morgens, zu einer stets passenden Zeit genau nach der Uhr, auf die Minute, gleich Morgens beim Aufstehen oder besser nach dem Morgenfrühstück (Kaffee). Der Kranke soll dabei auf der linken Seite mit stark angezogenen Knieen liegen und es lernen, den Irrigator (an den Nagel gehängt, oder zuerst mit der linken, dann mit der rechten Hand gehalten) allein, ohne Assistenz zu handhaben. Das Darmrohr wird der ganzen Länge nach mit Vaselin oder Oel eingefettet, der Irrigator mit gewöhnlichem Leitungswasser, welches über Nacht im Zimmer gestanden hat (kein Zusatz von wärmerem) gefüllt, man lässt soviel ablaufen, dass etwa nur die Hälfte der Flüssigkeit (stark $^1/_4$ Liter = ein Wasserglas) zurückbleibt und kneift den Schlauch unmittelbar oberhalb des Darmrohres ab (das Letztere gegen den Schlauch rechtwinklig stellend). Nun wird die Spitze des Spülrohres eingeführt, langsam vorgeschoben, bis es etwa über die dritte Ausflussöffnung hinaus ist, und mit dem Einlauf aus geringer (etwa $^1/_2$ bis $^3/_4$ m) Höhe begonnen. Das Wasser soll langsam einfliessen und das Rohr während des Einlaufens möglichst auf die ganze Länge eingeschoben werden. Sobald Stuhldrang eintritt, wird sofort der Einlauf für einen Augenblick unterbrochen. Mit dem Aufhören des Dranges wird von Neuem fortgefahren, bis in zwei bis fünf Minuten das ganze Quantum Wasser von dem Darm aufgenommen ist. Dann entferne man das Rohr; der Kranke soll eine Weile noch den Stuhldrang zurückhalten, erst dann dem Drang nachgeben, wenn in den ersten Tagen gar keine oder nicht genügende Stuhlwirkung ist. Keine Abführmittel. Jedes Abführmittel ist während der ganzen Dauer der Cur strengstens untersagt. Der Kranke soll zu keiner anderen Zeit am Tage als der vorgeschriebenen den Darm entleeren, vielmehr den etwa zu anderer Zeit eintretenden Drang zurückzuhalten suchen. Diät: Morgens starker Kaffee, dazu wenig Brot und etwas Honig, statt Weissbrot immer Schwarz-(Grob-, Commis-)brot oder Grahambrot; ziemlich reichliches Gemüse; im Uebrigen gemischte Kost; vor dem Zubettegehen sechs Backpflaumen roh oder überbrüht. Thee ist zu vermeiden; täglicher Spaziergang.

In der gleichen Weise fortfahren, bis in die vierte Woche hinein, dann ab und zu, zu der ausprobirten Zeit, ohne vorheriges

Klysma die Defäcation versuchen. Gewöhnlich geht das spätestens nach vier Wochen, und der Kranke bleibt dauernd geheilt. Sollte später einmal eine neue Unregelmässigkeit eintreten, so sollen die Spülungen sofort wieder aufgenommen werden, wenn nach acht Tagen kein Stuhlgang eintritt. Vf. verordnet folgende Modification des Spülverfahrens: zunächst eine Vorspülung mit warmem Wasser in grösserer Quantität (halben bis einen Liter) zwecks Aufweichung der Kothmassen. Das in reichlicher Menge in einem danebenstehenden Gefäss bereitstehende Wasser lässt man unter Assistenz einer anderen Person ebenfalls langsam einlaufen, und durch Senken des Irrigators wieder zurücklaufen, und wiederholt diese Procedur 10—15 Minuten lang, jedenfalls so lange, bis das zurückfliessende Wasser deutliche fäcale Beimengungen zeigt. Jetzt hebert man das warme Wasser thunlichst vollständig aus, giesst ab und lässt nun sofort, ohne das Darmrohr zu entfernen, das übliche Glas kalten Wassers langsam nachfolgen, was einen kräftigen Gegenreiz abgibt, der meist von guter Entleerung gefolgt ist. Erscheint die Defäcation beim ersten Male nicht ausreichend, so kann die Procedur am folgenden Tage noch einmal wiederholt werden. In den Fällen, in welchen die in die Behandlung kommenden Kranken Tage lang obstipirt gewesen sind, lässt Vf. auch die ganze Cur mit einer einmaligen grossen Dosis Ol. Ricini beginnen, um den Darm zuerst einmal freizumachen. — (Therap. Monatsh. Nr. 11, 1898.)

Chirurgie.

Eine Modification des Verfahrens von Laborde zur Wiederbelebung bei tiefer Asphyxie. Von Dr. W. Freudenthal.

Das Laborde'sche Verfahren bestand in rhythmischen, regelmässigen Tractionen der Zunge, welche „oft schon allein genügten, um die Athmung wieder herzustellen“. Jedoch wurde das Verfahren bei Nachprüfungen als nicht stichhältig gefunden und höchstens als Hilfsmittel neben anderen, wirksameren Wiederbelebungsmethoden empfohlen. Dagegen empfiehlt Fr., sowohl auf theoretische Gründe als auf einen vorzüglichen Erfolg in einem Falle gestützt, das Kitzeln der Epiglottis bei asphyktischen Zuständen als Wiederbelebungsmittel zu versuchen. „Wissen wir doch aus täglicher Erfahrung, wie ängstlich wir bei intralaryngealen Operationen bemüht sind, jede Berührung der Epiglottis

selbst nach gehöriger Cocainisirung derselben zu vermeiden. Wir fürchten den durch das geringste Kitzelgefühl verursachten Reflex. Sollten wir uns diese Erfahrung nicht zu Nutze machen?" Das Verfahren ist möglichst einfach. Der Operateur führt seine Hand in den mittels Sperrers offen gehaltenen Mund des Asphyktischen und bewegt den Zeigefinger schnell an der Epiglottis nach vorwärts und rückwärts. — (Zeitschr. f. Chir., Bd. 49.)

Impermeable Aetzstrictur des Oesophagus. Von Dr. S. Roemheld.

Der vier Jahre alte Knabe, der circa ein halbes Jahr vorher eine unbekannte Menge Aetzlauge getrunken hatte, war nahezu zum Skelette abgemagert. Die Strictur sass unmittelbar oberhalb der Kardia und war noch für dünnflüssige, nicht mehr für breiige Nahrung durchgängig. Selbst die dünnsten Sonden passirten nicht mehr. R. führte zunächst die zweizeitige Gastrostomie aus. Unter Ernährung von der Magenfistel aus hob sich der Kräftezustand des Pat. von Tag zu Tag. Mit der energischen Durchführung der Sondirungsversuche konnte erst nach Monaten begonnen werden. Es wurde von dieser Zeit an, anfangs fast täglich, später dreimal wöchentlich, von der Magenfistel aus eine dünne Sonde durch die Strictur hindurch und zum Munde herausgeleitet; später wurde an das untere Ende dieser Sonde eine konische, eigens hiefür construirte Sonde angebunden und durch Zug an dem zum Munde herauskommenden Ende die konische Sonde täglich weiter eingeführt, und so eine immer bedeutendere Dehnung der Strictur erzielt. Endlich konnte auch der umgekehrte Weg eingeschlagen werden; es wurde die konische Sonde beim Munde eingeführt und bei der Magenfistel herausgeleitet. Acht Monate post operationem konnte der Knabe bereits gehacktes Fleisch schlucken, nach weiteren fünf Monaten die volle Kost. Die Sondirung wird aber auch jetzt noch wöchentlich einmal fortgesetzt. Die temporäre Magenfistel wurde nach zweijährigem Bestande geschlossen.

Es sei besonders bemerkt, dass für die Anlegung der Fistel eine Stelle gewählt werden muss, welche der Kardia möglichst genau gegenüber liegt. Für die Sondirung der Strictur vom Magen aus bieten sich dann weniger Schwierigkeiten, insbesondere aber ist die Auffindung des Endes der per os eingeführten Sonde erleichtert. Bei der Sondirung selbst muss selbstverständlich mit

grösster Vorsicht zu Werke gegangen werden. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 46, 1898.)

Zur chirurgischen Behandlung der Perikarditis. Von Dr. Brentano.

Zur chirurgischen Behandluug eignen sich diejenigen Fälle, bei denen die Herzbeutelentzündung mit der Bildung eines Exsudates einhergeht. Und auch hier sind die Indicationen zum Eingreifen auf diejenigen Fälle beschränkt, bei denen das Exsudat entweder durch seinen Umfang das Leben direct bedroht oder aber eitrige Beschaffenheit angenommen hat.

Zur Sicherung der Diagnose und auch zur Feststellung des Charakters des Exsudates ist eine Probepunction zuweilen nicht zu umgehen, wenn sie auch als nicht ganz ungefährlich angesehen werden kann.

Es stehen uns, von älteren Methoden abgesehen, drei Verfahren zu Gebote, um den mit Flüssigkeit erfüllten Herzbeutel zu entleeren, nämlich:

1. Die Punction.
2. Die Incision durch einen Intercostalraum.
3. Die Incision nach vorausgeschickter Rippenresection.

Die einfache Punction ist schon an allen möglichen Stellen ausgeführt worden. Es ist jedoch nicht gelungen, eine Stelle zu finden, von der aus sich die Punction ohne Gefährdung des Herzens und der Pleura bewerkstelligen liesse. Die Pleura kommt in Gefahr, einerlei, in welchem Intercostalraum der Troicart eingestochen wird, und das Herz liegt, wie die bisherigen Erfahrungen ergeben haben, in einem mit Flüssigkeit erfüllten Perikard der vorderen Brustwand genähert, welcher Umstand die Gefahr für das Herz wesentlich erhöht. Ueberdies hat man durch eine einmalige Punction so gut wie nie eine vollständige Entleerung des Exsudates erzielt.

Ebensowenig empfehlenswerth ist eine Incision ohne präliminäre Rippenresection. Die Thoraxmusculatur erschwert nach erfolgter Incision die Uebersicht über die tieferen Theile, und ist man glücklich bis zum Thoraxinneren gekommen, so fehlt jede Möglichkeit der Orientirung. Die Rippen lassen sich nicht auseinanderziehen, weil man in der Nähe ihres Ansatzes am Sternum operiren muss. Die Umschlagsfalte der Pleura kann in der Tiefe nicht erkannt und daher nicht geschont werden. Auch die Vasa mammaria, eine Arterie und zwei Begleitvenen, die

ungefähr 1 cm nach aussen vom Sternalrande verlaufen, und von nicht zu unterschätzender Grösse sind, sind bei der einfachen Incision gefährdet.

Durch vorausgeschickte Rippenresection vermeidet man alle diese Schwierigkeiten. Die Operation selbst ist so einfach, dass man sie meist unter Localanästhesie zu Ende führen kann. Man wählt zur Resection den Knopel der linken fünften Rippe. Die Ablösung des Perichondriums macht meist Schwierigkeiten. Man verzichtet besser darauf und löst mit dem Messer die Intercostalmuskel oben und unten ab und durchschneidet mit dem Knopfmesser den Rippenknorpel vorerst in seiner Mitte, nachdem man ein Elevatorium unter ihm durchgeführt hat. Dann hebt man mit einem scharfen Haken die durchschnittenen Enden an, macht sie mit einem Raspatorium frei und löst den Rippenknorpel sowohl dicht am Sternum, wie an seinem Uebergange in den knöchernen Theil. Die darunter liegende Pleura ist dabei vor Verletzung durch den vorliegenden M. triangularis sterni geschützt. Dessen Fasern werden stumpf durchtrennt, die Vasa mammaria int. doppelt ligirt. Auf dem dünnen durchscheinenden oder festeren, weisslich glänzenden Sacke des Perikards liegt nun, in Fettgewebe eingeschlossen, die Umschlagsfalte der Pleura. Diese wird vorsichtig nach der Seite zurückgeschoben und nun das Perikard vorsichtig eröffnet. Die vollkommene Entleerung des Exsudates macht, wegen des Vordrängens des Herzens, meist erhebliche Schwierigkeiten und gelingt erst, wenn man die Kranken in die verschiedenartigste Lage gebracht hat.

Die Schnittränder der Herzbeutelöffnung werden nun an die Haut fixirt und die Gerinsel und Fibrinniederschläge vorsichtig aus dem Perikard entfernt. Eine Ausspülung mit sterilem Wasser (oder 0·6%iger steriler Kochsalzlösung?) erscheint in der Regel indicirt. Drainage durch eingeführte Jodoformgazestreifen.

Die breite Eröffnung des Herzbeutels auf dem geschilderten Wege ist eine nothwendige Forderung für alle diejenigen Fälle, bei denen es sich um ein eitriges Exsudat handelt. Aber auch dann, wenn die Entleerung des Herzbeutels wegen Indicatio vital. bei nicht eitrigem Exsudate ausgeführt wird, ist die Radicaloperation, in der geschilderten Weise ausgeführt, der einfachen Punction vorzuziehen; denn nur so kann eine Verletzung des Herzens, der Pleura oder der Vasa mammaria mit Sicherheit vermieden werden.

Die Operation ist aber contraindicirt in solchen Fällen, bei denen schon längere Zeit schwere Störungen der Herzthätigkeit vorausgegangen sind oder die Möglichkeit vorliegt, dass schon in früheren Epochen exsudative Perikarditis bestanden hat, die unter Schwartenbildung und ausgedehnten Verwachsungen der Perikardialblätter zur Heilung gekommen ist. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32, 1898.)

Urologie.

Beitrag zur Frage von der operativen Behandlung diffuser Hydronephrose. Von Dr. Swenitzki.

Vf. bespricht zwei Fälle von Hydronephrose, die operativ angegangen wurden. Die Krankheitsursachen waren in beiden Fällen Steine. Bei dem einen Patienten waren zwei Steine, von denen der eine im Ureter, der andere im Nierenbecken lag. Bei dem zweiten war der Stein bereits in der Kindheit spontan abgegangen und doch kam es zur Entwicklung von Hydronephrose. Beide Patienten erhielten durch die Operation Besserung, jedoch war in beiden Fällen eine Harnfistel zurückgeblieben. Vf.s Erfahrungen bezüglich der Behandlung von Hydronephrosen lauten: 1. Das Nierengewebe, das am hydronephrotischen Sack zurückbleibt, zu erhalten, ist bisweilen sehr wünschenswerth, da dieses Gewebe für den Organismus durchaus nicht indifferent ist. 2. Sämmtliche plastischen Operationen zur Herstellung der Permeabilität der Ureteren verdienen volle Beachtung und Anwendung. 3. Es ist erwünscht, dass die Katheterisation der Ureteren in jedem Fall von Hydronephrose möglichst frühzeitig angewendet werde. — (Chirurg. Medicinsk. Obosr. Bd. 50, 1898.) N.

Ueber Nephropexie bei beweglicher Niere. Von Dr. Serapine.

Trotz der ziemlich bedeutenden Casuistik ist die Frage von der klinischen Bedeutung der Annähung einer beweglichen Niere bei Weitem noch nicht gelöst: während die einen Autoren diese Operation befürworten, verwerfen sie die anderen, so dass nur klinische Beobachtungen zur stricten Lösung der Nephropexiefrage beizusteuern vermögen.

Vf. beobachtete drei Fälle von Nephropexie an der Klinik Weljaminow's. Der Operationsgang ist ziemlich einfach: in der entsprechenden Hälfte der Lumbalgegend wird ein Schnitt bis zum M. quadratus lumborum gemacht, dieser Muskel wird in

Längsrichtung gespalten, worauf die Capsula adiposa der Niere erscheint. Gleichzeitig sucht man von Seiten der Bauchdecken die Niere in die Wunde hineinzustülpen. Der Operateur zieht zwei dicke Seidenfäden durch die Niere und dann durch die Ränder der Lumbalmuskeln, worauf die Fäden festgeknotet werden. Die Hautwunde wird dann dicht geschlossen und in deren unteren Winkel ein Tampon eingelegt. Das unmittelbare Resultat der Operation war sehr gut, irgend welche besondere Complicationen waren in der Nachbehandlungsperiode nicht aufgetreten. Das entferntere Resultat, da heisst das nach Ablauf von 7—20 Monaten, ist ebenfalls als günstig zu bezeichnen: in sämmtlichen Fällen wurde eine genügend stabile Fixation der beweglichen Niere nebst Besserung des allgemeinen Zustandes constatirt. — (Med. Obosr. Bd. 50, 1898.) N.

Experimentelle und klinische Studien zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie. Von Dr. Albaran und Dr. Molz.

Die doppelseitige Castration hatte in den Thierexperimenten der Autoren stets Veränderungen an der Prostata zur Folge. Beim Hund war durch die Castration stets eine Atrophie der Prostata zu erzielen. Dabei schwinden zunächst die die Harnröhre umlagernden Drüsen, die Blindsäcke sind angefüllt mit rundlichen embryonalen Zellen, die aufgesaugt werden, so dass von der Drüse nichts als ein zarter epithelialer Streifen übrig bleibt. Zu beachten ist dabei, dass die Prostata junger Hunde sehr wenig Drüsen enthält. Beim Pferd verkleinert sich die Vorsteherdrüse um $^2/_3$ bis $^3/_4$, indem nicht nur die Drüsen atrophiren, sondern auch die Muscularis weniger wird. Beim Rind erzeugt die Castration ebenfalls eine Verkleinerung, bedingt durch Atrophie der Drüsen und theilweise Umwandlung der Muscularis in Bindegewebe. Die Prostata von castrirten Menschen (nicht Prostatikern) ist immer atrophisch.

Aus der Literatur stellen die Vf. 124 zur Besprechung geeignete Fälle von doppelseitiger Castration zusammen. Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen von hypertrophischen Vorsteherdrüsen ergaben bisher ein negatives Resultat, indem die Untersuchungen entweder zu bald nach der Operation oder nicht genau vorgenommen wurden. Relsep fand 38 Tage, Boyson 14 Monate nach der Castration noch keine atrophischen Veränderungen in der Prostata. Umso günstiger stellen sich nach den Vf. die klinischen Resultate. Die doppelseitige Castration

vermindert das Volumen der Prostata und macht sie wieder bei Dysurie und acuter Retention sicher, weniger sicher bei completer und incompleter chronischer Retention. Die Verkleinerung tritt in manchen Fällen erst nach sehr langer Zeit ein, so dass die Angaben, die sich auf einen Zeitpunkt bald nach der Operation beziehen, nicht als vollgiltig angesehen werden können. Ein Theil der Verkleinerung der Prostata rührt von der Decongestion nach der Operation her. Bei $^2/_3$ der Fälle von Prostatahypertrophie ist diese durch eine Vermehrung der Drüsen bedingt und ist bei diesen eine Einwirkung der Castration wohl zu erwarten.

Von 14 Prostatikern mit Dysurie aber ohne Retention wurden 7 geheilt und 4 gebessert, von 20 wegen acuter Retention Castrirten starben 3 sofort, bei den 17 anderen stellte sich rasch spontane Harnentleerung ein, ohne dass Recidive eintrat.

Von 41 Prostatikern mit chronischer incompleter Retention starben nach dem Eingriffe 4, 19 wurden geheilt, 14 gebessert und nur bei 4 vermimderte sich der Residualurin nicht, doch war hier wenigstens eine Verminderung des Harndranges zu verzeichn.

Von 49 Patienten mit completer chronischer Harnverhaltung starben nach der Operation 10, fünfmal war ein Misserfolg zu constatiren, in 14 Fällen eine theilweise Wiederkehr der spontanen Harnentleerung, 20 wurden geheilt.

Bei der acuten Retention und der Dysurie ist der günstige Erfolg auf Rechnung der Decongestion zu schreiben. Bei der chronischen Retention wird eine Verkleinerung der Prostata herbeigeführt, ausserdem wird aber auch die Contractilität der Blase gesteigert. Die nach der Castration auftretenden psychischen Störungen verschwinden meist rasch wieder.

Wegen ihrer günstigen Resultate ist die Castration eigentlich bei jedem Prostatiker indicirt. Dagegen spricht nur eine renale oder allgemeine Infection. Bei acuter Verhaltung und einfacher Dysurie ist erst die gewöhnliche Behandlung zu versuchen. Bei der chronischen completen und incompleten Retention ist sie indicirt, wenn die gewöhnlichen Methoden im Stiche lassen. Ein vorspringender Lappen, Verlust der Contractilität der Blase, Härte der Prostata, sind keine Contraindicationen. Bei Existenz einer Protuberanz in der Nähe des Blasenhalses wird besser eine Prostatektomie gemacht. Ein vorher schwieriger Katheterismus wird leicht nach der Castration, der Harndrang schwindet, Epididymitiden können nicht mehr eintreten.

Als Ersatz der völligen Castration stehen in Uebung:

1. Einseitige Castration. Experimentell wird durch dieselbe eine Atrophie der Prostata in manchen Fällen herbeigeführt, die sich auf der gleichen Seite stärker zeigt, aber doch die ganze Drüse einbegreift. Bei Gesunden mit Verlust eines Hodens sind die Folgen an der Prostata ziemlich variabel. Bei Prostatikern ergab die Operation verhältnissmässig günstige Resultate.

2. Resection des Vas deferens. Beeinflusst wird von diesem Eingriff nur der Congestionszustand der Prostata.

3. Massenligatur oder Resection des Samenstranges ergibt im Experiment eine Gangrän des Hodens.

4. Angioneurektomie ergibt beim Hund eine Atrophie des Hodens ohne Gangrän mit Schwund der Prostata. — (Ann. des mal. des org. gén. urin. Nr. 1—3, 1898.) N.

Operative Behandlung von Niereneiterung in 18 Fällen. Von Dr. Verhoogen.

Die fünf ersten Operationen betrafen tuberculöse Nieren. In den drei ersten Fällen wurde nach Feststellung der normalen Beschaffenheit des Urins der anderen Niere die Nephrektomie vorgenommen, u. zw. mit gutem, über ein Jahr nachbeobachtetem Erfolg; in den drei anderen die Nephrotomie, einmal bei schlechtem Allgemeinzustand durch begleitende Lungentuberculose, einmal bei starken perinephritischen Adhäsionen der Eiterniere, beidemal ohne Erfolg, der Tod trat sehr bald ein, im dritten Fall am Tage nach der Operation, da die Schwesterniere fehlte.

Patienten 7 und 8 hatten Nierenbeckensteine bei Pyonephrose; die Nephrolithotomie bei sieben, einer 34jährigen Frau, und die Nephrektomie bei 8, einem 29jährigen Mann, führten zur Heilung.

Die Pyonephrosen im Fall 9 bis 16 enthielten Bact. coli, Staphylococcus und Streptococcus pyogenes; die Ursache war aufsteigende Infection mit schleichendem Verlauf, die Nephrotomie war nur bei 14 ohne dauernden Erfolg.

Krebs hatten als muthmassliche Ursache der Pyonephrose Nr. 13, eine 45jährige Frau: Carcinoma uteri; Hysterectomia vaginalis; Ureterovaginalfistel; Ureterocystoncostomie; Infectio renis, Nephrektomie; Carcinoma recidiv. vaginae., sowie Nr. 12, eine 56jährige Frau; sie starb, entkräftet, am Tage nach der Exstirpation der inficirten rechten Niere. Bei Patient 16, einer 27jährigen Frau, war eine Blasentuberculose vermuthet und viel-

fach behandelt worden; die incidirte rechte Niere wies nur Staphylokokken und Colibacillen auf, keine Tuberkel. 10 und 15 sind sogenannte alte „Urinarier“; 10 hatte eine alte Stricturcystitis, bekam Fieberfröste ohne Erscheinungen von Seiten der Nieren; nach Erschöpfung aller anderen Mittel gegen dieselbe Nephrotomie rechts; Pyonephrose; nach acht Tagen Wiederkehr des Fiebers, nach 14 Tagen Tod.

15 hatte eine Pyonephrose in der zwei Jahre vorher von Steinen operativ befreiten Niere.

Die beiden letzten Patienten hatten perinephritische Abscesse; bei einem war eine Ursache nicht bekannt, beim anderen bestand alte Stricturcystitis; beide wurden geheilt.

V. knüpft an die Mittheilung dieser Fälle einige Bemerkungen.

Nierentuberculose indicirt auch bei bestehender Cystitis und bestehender Tuberculose anderer Organe die Exstirpation; nur bei Unzulänglichkeit der Schwesterniere, welche durch Harnleiterkatheterismus und Harnstoffbestimmung festzustellen ist und bei Entkräftung unterlasse man die Nephrektomie, lasse sich dann aber auch nur durch Eiterverhaltung und unerträgliche Schmerzen zu einer Palliativoperation bewegen.

Calculöse, ebenso wie einfache Pyonephrosen sind zunächst immer mit Incision zu behandeln; nur besondere Umstände rechtfertigen die Exstirpation.

Vf. benützt den Simon'schen Schnitt, nur bei grossen Nieren einen horizontalverticalen ⊣ Schnitt in der betreffenden Flanke. — (Ann. de la Soc. Belge de Chirurg. 15, VII., 1898.)

N.

Bottini's galvanokaustische Operation der Prostatahypertrophie. Von Dr. W. Meyer.

Vf.s persönliche Erfahrungen erstrecken sich auf vier Operationen an drei Patienten; einmal mit Bottini's und dreimal mit Freudenberg's Instrument. Zwei der Kranken konnten vor dem Eingriffe noch Urin entleeren, aber mit grossen Schmerzen, jede 20 und 30 Minuten Tag und Nacht; beide hatten Pyelitis und eitrigen Blasenkatarrh. Die Drüsen waren sehr weich, vorher war eine Anzahl von Aerzten mit der Behandlung beschäftigt gewesen.

Bei einem dritten Patienten, einem 64jährigen Manne, trat 30 Stunden nach der Operation, unter sehr hoher Temperatur und Herzschwäche, der Tod ein (acute Sepsis?) trotz der mög-



lichst sorgfältigen Aseptik vor, während und nach dem Eingriffe. Eine genaue Ueberlegung stellt Vf. über die Möglichkeit an, auf welchem Wege der Eintritt der Streptokokken in den Kreislauf herzuleiten sei, und kommt zu folgenden Schlüssen: Eine vollständige Desinfection der erkrankten Blase ist nicht möglich; durch die Kauterisation wird in den prostatischen Venen ein Thrombus hergestellt. In dem coagulirten Blut, dem besten Culturmedium, vermehren sich die Streptokokken oder das Bact. coli commune rapid und werden virulent. Der proximale Pol des Thrombus ist der Platz, wo die Infection durch Absorption einsetzt. Noch wahrscheinlicher ist der Weg durch die Nieren. Die plötzliche allgemeine Infection nach intravesicalen Eingriffen auf retrogradem Wege kann dadurch begünstigt werden, dass bei der Bottini'schen Operation ein Infectionsherd der Prostata mobilisirt wird. Die Gefahr wird bei der Bottini'schen Operation dadurch noch vergrössert, dass nach dem Eingriff keine Irrigation vorgenommen wird, und der infectiöse Pyelitisurin wirken konnte. M. schlägt deshalb vor, nach einigen Stunden die Blase zu irrigiren.

Der Fall ist sicher ein exceptioneller; denn weder Bottini, noch Freudenberg, noch Czerny, noch Kümmell hatten einen Todesfall infolge von Sepsis. Es zeigt sich aber, dass eben auch die Bottini'sche Operation nicht ganz ungefährlich ist und weitere Erfahrungen erst genauere Leitsätze ermöglichen werden. Die Todesursache durch Lungenembolie kam in M's Falle nicht in Betracht, Freudenberg verlor einen Patienten infolge dessen. Immerhin ist bisher ein unglücklicher Ausgang sehr selten gewesen, Bottini verlor von 80 Fällen nur zwei. Die Anwendung eines Verweilkatheters ist discutabel, Bottini verwirft ihn wie M. — (New-York med. record. 5. März 1898.) N.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Stypticin bei Gebärmutterblutungen. Von Dr. Bakofen.

Es kommen Gebärmutterblutungen vor, bei denen eine Auskratzung der Schleimhaut oder eine grössere Operation nicht nöthig oder gar schädlich wäre; hier ist die medicamentöse Behandlung angezeigt. Zu den dabei angewendeten Mitteln kommt das von Freund in die Praxis eingeführte Stypticin. Mit letzterem hatte Vf. auf der Czempin'schen Privatklinik durch ein Jahr Versuche angestellt.

Ausgeschlossen blieben alle operativen, sowie die Fälle von Subinvolutio post partum oder abortum, da in diesem Zustande Secale und Ergotin verlässliche Blutstillungsmittel, die gleichzeitig Contractionen anregend wirken, sind. Auch Fälle, wo noch andere ähnlich wirkende Mittel in Anwendung kamen, blieben unbeachtet.

Das Stypticin wurde in Pillen oder Tabletten von 0·05 Gehalt vier- bis fünfmal täglich verordnet. Selten waren mehr als 20 Pillen insgesammt erforderlich, da sich die Wirkung meist schon nach 8—15 Pillen zeigte. Blieb sie bis dahin aus, so war auch von einer grösseren Zahl nicht viel zu erwarten.

Bei virginellen menstruellen Blutungen wurde das Medicament fünfmal, dreimal mit gutem, zweimal ohne Erfolg angewandt. Die beste Wirkung zeigte sich bei Menorrhagien, bedingt durch entzündliche Erkrankungen des Beckenbindegewebes oder der Adnexa oder Dislocation des Uterus. In neun Fällen kein Misserfolg. Aehnlich war der Nutzen bei consecutiven Metrorhagien in Begleitung der genannten Erkrankungen. Unter zwölf Fällen war ein prompter Erfolg achtmal, zweifelhafter einmal, Misserfolg dreimal zu verzeichnen.

Hieran schliessen sich die Uterusblutungen nach Adnexoperationen infolge von Stumpfexsudaten; von vier Fällen waren zwei mit gutem, zwei ohne Erfolg mit Stypticin behandelt worden. Auch in zwei Fällen von Blutungen bei Gonorrhöe war die Wirkung günstig.

In acht Fällen von Endometritis haemorrhagica war das Resultat fünfmal günstig, einmal zweifelhaft, zweimal schlecht. Bei zwei klimakterischen Blutungen war einmal prompter, einmal minderer Erfolg erzielt. In einem Fall von Blutung intra graviditatem wirkte es gut, ohne Wehen zu erzeugen. In einem Falle von Myom erwies sich das Stypticin nicht als verlässlich.

Von Nebenerscheinungen wurde zweimal Kopfschmerz, zweimal Uebelsein und Diarrhöe beobachtet. Im Allgemeinen war der Erfolg kein so glänzender, wie der der anderen Autoren, doch besitzen wir immerhin im Stypticin eine werthvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 14, 1898.) H.

Zur Behandlung des Abortus; die abdomino-vaginale Expression der Placenta. Von Prof. Pet. Budin.

Ist die Placenta nach einem Abortus im Uterus zurück-

geblieben, so besteht die Aufgabe, dieselbe zu entfernen. Die von verschiedenen Autoren empfohlene Anwendung von Instrumenten, wie Curette, Korn- oder Polypenzange wird als zu gefährlich verworfen, vielmehr muss man trachten, die ganze Nachgeburt digital zu entfernen.

Zu diesem Zweck führt man zunächst einen, wenn möglich zwei Finger in die Gebärmutter ein und löst die Nachgeburt, Placenta und Eihäute von den Uteruswänden ab. Erst wenn diese ganz frei sind, geht man an die Expression. Ist die ganze oder ein beträchtlicher Antheil der Placenta noch im Uterus und der Collumcanal eng, so zertheilt man zuvor die Placenta in zwei oder drei Theile.

Die Expression geschieht in der Weise, dass man die Finger in den hinteren Fornix schiebt, mit der Volarfläche nach oben. Die andere Hand drückt durch die Bauchdecken auf den Fundus und die vordere Wand des Uterus in der Richtung gegen den äusseren Muttermund hin, dadurch wird die Nachgeburt aus der Gebärmutter herausgepresst. Hiezu ist Chloroformnarkose nöthig, mindestens sehr zweckdienlich. Strenge Antiseptik ist erste Bedingung.

Bei geschlossenem Muttermund ist die vorherige Erweiterung, sei es die digitale oder instrumentelle, mit Hegar's Stiften erforderlich, bis zwei Finger den Collumcanal passiren können. Niemals soll man die Aufgabe der Finger auf Instrumente übertragen. Sollte nach Entfernung der Nachgeburt noch einige Blutung bestehen, so wird die Tamponade vorgenommen.

Dieses Verfahren, seit 1895 befolgt, hat sich stets gut bewährt. Drei Beispiele aus der jüngsten Zeit dienen zur Illustration des Gesagten. — (Progrès méd. Nr. 38, 1898.) H.

Ueber die Resultate der Radicalbehandlung des Gebärmutter-scheidenkrebses mit dem Glüheisen. Von Dr. G. Gellhorn.

In den letzten drei Jahren wurden auf der Privat-Frauenklinik Mackenrodt's in Berlin von 42 untersuchten Fällen 39 operirt. Fast ausnahmslos handelte es sich um schwerste, vorgeschrittenste Carcinome. Sieben starben, u. zw. einer an Perforationsperitonitis (Verschorfung der Darmwand), einer an septischer Peritonitis, drei an Erschöpfung, einer an Inanition, einer an Herzschwäche (schwere Nephritis). Von den geheilt Entlassenen starben drei innerhalb 2—6 Monaten an Carcinom, ohne Recidiv in der Narbe.

Von den als dauernd geheilt zu Betrachtenden sind bisher recidivfrei sieben seit zwei Jahren und darüber, sieben seit einem Jahr und darüber, vier seit 7—11 Monaten, zehn unter sechs Monaten. — Viermal war Carcinoma uteri, viermal cervicis, dreimal vaginae, viermal portionis vag. vorhanden, stets auf die Scheide übergreifend.

Von unbeabsichtigten Verletzungen der Blase und des Darmes kamen mehrere vor, ausserdem beabsichtigte Läsionen der Nachbarorgane, u. zw. vier einseitige, zwei doppelseitige Ureterfisteln und eine Ureter- und Blasenfistel. Der definitive Verschluss der Fistel soll schon während oder erst einige Wochen nach dem Eingriff versucht werden. Viermal wurde die Blase verletzt, einmal ein Knoten aus dem Rectum (Dermoid) exstirpirt.

Statt der früheren präventiven kam die consecutive Blutstillung in Anwendung. Kleine und mittlere Gefässe bluten beim Durchbrennen gar nicht, selbst die Spermatica und Uterina nicht jedesmal. Genügt die Verschorfung nicht, so wird über dem Brandschorf unterbunden. Nachblutung kam nie vor. Zum Durchbrennen wurde nicht der Thermokauter, sondern der Galvanokauter, eventuell ein eigens geformtes Glüheisen verwendet.

Zuweilen kam etwas Fieber vor, durch kleine circumscripte Abscesse unter dem Brandschorf bedingt. Die im Allgemeinen günstigen Resultate erlauben eine erweiterte Indicationsstellung, doch soll der Uterus noch etwas beweglich sein, wenn auch das Neoplasma auf die Scheide übergreift. Albuminurie bildet keine Contraindication. — (Berlin, Karger's Verl. 1898.) H.

Die Behandlung fester Geschwülste der Ovarien als Complicationen der Schwangerschaft. Von Dr. Swan.

Solide Neoplasmen der Eierstöcke geben nur selten eine Complication der Schwangerschaft ab, da sowohl die Conception, wie auch die weitere Entwicklung der Gravidität unter solchen Umständen sehr erschwert ist. Die Diagnose kann grossen Schwierigkeiten begegnen, und meist nur mit Wahrscheinlichkeit gestellt werden. Man darf nicht übersehen, dass sich die Erscheinungen der Schwangerschaft neben denen der Eierstockgeschwulst manifestiren.

Wesentlich erleichtert wird die Stellung der Diagnose durch die Palpation vom Rectum und von den Bauchdecken aus in der Narkose, besonders wenn dabei die Gebärmutter sanft herabgedrückt wird.

Die Prognose gestaltet sich sowohl für die Mutter, wie für das Kind ungünstiger bei festen, als bei cystischen Neubildungen. Erstere sind meist kleiner und verbleiben in der Beckenhöhle; sie verlegen also die Geburtswege, während Cysten bei ihrem Wachsthum in die Bauchhöhle sich entwickeln, somit die Geburt, wenn ja, jedenfalls weniger behindern.

In den ersten Monaten der Gravidität hat die Exstirpation der soliden Geschwülste für das Kind ebenso gute Resultate, wie die von Cysten.

Die Gefahr für die Mutter hängt zumeist davon ab, ob die Neubildung eine gut- oder bösartige ist. Bei der Exstirpation im zweiten bis vierten Monat beträgt die Sterblichkeit der Mütter etwa 5%, die der Kinder 20—22%. Ueberlässt man aber den weiteren Verlauf der Natur, so steigt das Sterblichkeitsprocent der Mütter auf 40, das der Kinder auf 80%.

Aus diesen statistischen Ermittlungen geht hervor, dass man solche Geschwülste je früher operiren soll. Kommt man in einem vorgeschrittenen Stadium der Schwangerschaft, oder gar erst während der Entbindung zur Trägerin solcher Eierstockgeschwülste, so trachte man, zunächst in der Narkose, den Tumor in das Becken oder selbst in die Bauchhöhle zurückzudrängen. Misslingt dieser Versuch, so bleibt als letztes Rettungsmittel nur noch die Laparotomie übrig.

Im Wochenbett ist es rathsamer, mit der Exstirpation zu warten, diese auf eine spätere Zeit zu verschieben; doch soll der Eingriff nicht über die nächsten Wochen hinaus verzögert werden. In einem vom Vf. früh operirten Falle, der ausführlich mitgetheilt ist, genas die Frau. — (Johns Hopkins Hosp. Bullet. 1898.) H.

Conservative Behandlung der Uterusfibrome durch Myomektomie. Von Prof. Ch. P. Noble.

Eine interessante Reminiscenz auf die ersten Versuche einer operativen Behandlung der Uterusmyome, sowie Darstellung der verschiedenen Stadien, welche diese Behandlung durchgemacht hat, bilden die Einleitung des Vortrags.

Zuerst versuchte man die vaginale, dann auch die abdominale Entfernung von Uterusmyomen. Später gab man der Hysterektomie als der radicaleren und leichteren Operation den Vorzug. Dann kam die Castration auf, schon aus conservativem Grunde, aber auch weil dieser Eingriff der geringste schien.

Neuerdings huldigt man wieder der Myomektomie mit Belassung der gesunden Organe und alleiniger Entfernung des Tumors.

Letztere Methode ist auch unbedingt der Hysterektomie vorzuziehen, wenn die anderen Beckenorgane gesund sind, wenn nur ein Tumor oder nur einige vereinzelte Geschwülste vorhanden sind und wenn die Kranke ihre noch bestehende Zeugungsfähigkeit zu erhalten wünscht. Ist die Anzahl der Myome eine grössere, so wird die Operation sehr schwer und complicirt, der Erfolg unsicher.

Man kann die Myomektomie vom Bauchschnitt oder von der Scheide aus unternehmen. Für ersteren Weg eignen sich namentlich subseröse oder intramurale Fibrome; für den vaginalen Weg submucöse oder auch von der Cervix- oder vorderen Uteruswand ausgehende kleinere subseröse Fibrome. Im letzteren Falle eröffnet man den Weg durch die vordere Kolpotomie mit Aufschlitzung des Collumcanals auf einer oder auf beiden Seiten, eventuell auch vorne und hinten. Nach Entfernung des Fibroms sind diese Wundflächen mit Catgut wieder zu vereinigen.

Vf. hat 25 Myomektomien ausgeführt, davon acht auf abdominalem, 17 auf vaginalem Wege. Keine Patientin starb, alle erholten sich, trotzdem drei von ihnen schon septisch waren. Drei von den Myomektomirten wurden später gravid, eine sogar mit Zwillingen. — (The therap. Gazette. Nr. 7, 1898.) H.

Sterilisation der Frau mittelst Tubendurchschneidung nach vorderem Scheidenschnitt. Von Prof. F. A. Kehrer.

Die Verhinderung weiterer Schwangerschaften durch alle zulässigen Mittel ist zuweilen eine wichtige Aufgabe des Arztes, um die Gesundheit, vielleicht selbst das Leben der betreffenden Frau zu schützen. Diese Indication kann bei constitutionellen, aber auch bei gewissen localen Erkrankungen eintreffen, so bei unheilbaren Nerven-, Herz-, Lungen-, Magen- und Nierenkrankheiten, besonders aber bei Beckenverengerungen zweiten und dritten Grades, wenn im Einzelfalle nach sonstigen vergeblichen Versuchen, lebende Kinder zu erzielen, nur der Kaiserschnitt oder die Symphyseotomie in Betracht kommen können, diese Eingriffe aber von den Betheiligten abgelehnt werden.

Es ist jedenfalls rationeller, statt wiederholt Früh- und Fehlgeburten einzuleiten, von vornherein die Möglichkeit einer Conception auszuschalten. Alle bisher angewandten Methoden sind nicht genug zuverlässlich.

Die Exstirpation der Adnexe wäre wohl der sicherste Weg, doch liegen im präcipitirten Klimax mancherlei Nachtheile. Diese sind zu umgehen durch das Vorgehen Kehrer's, der nach vorausgeschicktem vorderen Scheidenschnitt die Tuben beiderseits durchschneidet. Bei aseptischer Ausführung an gesunden Organen tritt danach eine Verschliessung der Schnittenden beider Theilstücke ein, ohne eine spätere Retention der Secrete befürchten zu lassen. Nur dann, wenn infolge ungenügender Aseptik bei der Operation hinterher intensivere Salpingitis und Peritonitis auftritt, entstehen später Hydrosalpinxsäcke.

Die doppelseitige Tubendurchschneidung ist jedenfalls die einfachste Operation zur Sterilisirung der Frau; sie greift am wenigsten störend in den Bau und die Functionen des Sexualapparates ein. Der Eingriff soll jedoch nur bei gesunden Tuben ausgeführt werden, bei erkrankten Organen ist die Salpingektomie und Castration angezeigt.

Die Indication ist strenge zu stellen und die Operation nur dann vorzunehmen, wenn der Arzt zur bestimmten Ueberzeugung kommt, dass eine neue Schwängerung schwere, vielleicht unverbesserliche Gesundheitsschädigung oder gar tödtlichen Ausgang zur Folge haben würde.

Als bezügliche Erkrankungen sind besonders schwere Anämie, Lungen- und Knochentuberculose, unheilbare Krankheiten des Centralnervensystems, schwere Herzfehler mit schwankender Compensation, Induration einer Lunge, hochgradiges Lungenemphysem, Magengeschwür, Magenerweiterung und Pylorusstenose, organische Darmkrankheiten, langjährige, jeder Therapie trotzende Nephritis zu nennen.

Bei Beckenverengerungen zweiten und dritten Grades ist der Eingriff gerechtfertigt, wenn die früheren Kinder todt oder zerstückelt geboren wurden, die künstliche Frühgeburt ebenfalls erfolglos blieb und nur noch Symphyseotomie oder Sectio caesarea in Betracht kämen, wozu die Ehegatten ihre Zustimmung nicht ertheilen. — (Med. Neuigk.) H.

Ueber die chirurgische Behandlung der von den weiblichen Genitalien ausgehenden Bauchfellentzündung. Von Prof. F. v. Winckel.

Die chirurgische Behandlung der von den weiblichen Sexualorganen ausgehenden allgemeinen Peritonitis verspricht in sehr vielen Fällen guten Erfolg; die Indicationen zu solchen Eingriffen können nach mancher Richtung hin erweitert werden. Die Art

des Eingriffes muss sich nach den jeweilig nachweisbaren Ursachen der Bauchfellentzündung richten. Vf. stellt folgende Grundsätze auf:

1. Die tuberculöse Peritonitis kann in allen ihren Formen durch die Cöliotomie geheilt werden.

2. Die gonorrhoische Bauchfellentzündung indicirt die Cöliotomie nur bei vorhandenen grösseren Pyosalpinxsäcken. Es wird dann deren Exstirpation vorgenommen und eine Perforativperitonitis verhütet. Ist letztere bereits eingetreten, so kann man natürlich nur von der sofortigen Cöliotomie Hilfe erwarten.

3. Die postoperative diffuse Peritonitis erfordert die theilweise Eröffnung der ursprünglichen Wunde und sorgfältige Entleerung des Eiters. Nur bei Empyema necessitatis ist der Einschnitt an der Stelle der deutlichsten Fluctuation vorzunehmen.

4. Die puerperale diffuse Peritonitis verlangt eine Cöliotomie, sobald das eitrige Exsudat beträchtlich ist, aber Pleura und Perikard intact sind.

5. Die anderen Perforativperitonitiden sind ohne raschen chirurgischen Eingriff immer letal; deshalb muss in solchen Fällen möglichst bald die Cöliotomie ausgeführt werden. — (Sammlg. klin. Vortr. Nr. 201.) H.

Kinderheilkunde.

Ueber künstliche Säuglingsernährung. Von Dr. E. Schlesinger.

In einem im Vereine der Breslauer Aerzte am 8. Juni 1898 gehaltenen Vortrage über künstliche Säuglingsernährung stellt Sch. als erstes Princip den Satz auf: Vor Allem ist eine gute Nahrung und sind richtige Nahrungsmengen zu besorgen.

Eine gute Nahrung ist Kuhmilch von tadelloser Qualität und frei von Krankheitserregern. Eine im bacteriologischen Sinne vollständig sterile Milch ist aber nicht herzustellen, ohne dass die Qualität darunter leidet. Es genügt das einfache Kochen überhaupt oder das Sterilisiren im Soxhlet'schen Apparat einige Minuten hindurch, wenn man nur dafür gesorgt hat, dass die Milch „leicht sterilisirbar“, d. h. möglichst rein in die Hände der Consumenten kommt und dass die einmal gekochte Milch kühl gehalten wird. Unter diesen Bedingungen ist die Kuhmilch trotz aller chemischen Differenzen zwischen ihr und der Frauenmilch eine gute Ersatznahrung für die letztere.

Sowie bei den Kindern sich Ueberfütterung als eine zweifellose Schädlichkeit erweist, so ist dasselbe auch bei der künstlichen Ernährung der Fall, nur dass bei der letzteren die Ausgleichung des Schadens viel schwerer erfolgt und das Zuviel bei der künstlichen Ernährung viel leichter und viel häufiger sich geltend macht.

Auf Grund der Erfahrungen beim Brustkinde kann man die Regel aufstellen, dass auch der künstlich genährte Säugling in den ersten drei Monaten bei continuirlicher Steigerung bis zu einer Tagesmenge von 900 g steigen, dann aber diese Tagesmenge nicht mehr wesentlich überschreiten soll.

Gegen diese Regel wird in praxi häufig und sehr zum Schaden der Kinder verstossen. Vorausgesetzt ist dabei, dass die genannten Volumina der künstlichen Nahrung auch dieselbe Nährkraft besitzen, wie die gleiche Menge Frauenmilch, dass man also unter eine Verdünnung von zwei Theilen Milch und einem Theil Wasser mehr 6% Zucker (pro Liter 575 Calorien) nicht herabgehen darf, weil das Liter Frauenmilch 640 oder etwas mehr Calorien enthält.

Dieselbe Forderung wird man auch allen Nährmitteln gegenüber aufstellen müssen, sie wird erfüllt vom Biedert'schen Rahmgemenge V., der Gartner'schen Fettmilch etc.

In Bezug auf die Quantitäten für die Einzelmahlzeiten stellt Sch. folgendes Schema auf: 2.—5. Lebenstag = 8 Mahlzeiten, die, von 10 g beginnend, per Mahlzeit und Tag um je 10 g zu nehmen, am 6. und 7. Tage nur um je 5 g, so dass also die Tagesmengen vom 2.—9. Tage von 80 g pro die, auf 400 g pro die wachsen, von der 2.—8. Woche sinkt die Zahl der Mahlzeiten von 7 auf 5, das Quantum der Einzelmahlzeit steigt von 70 auf 150 g und die Tagesmenge von 490 auf 750 g, erreicht bei gleichbleibender Zahl der Einzelmahlzeiten bis zur 12. Woche 850 g pro die und vom 7. Monate an 900 g, welche Tagesmenge bis zum 6. Monate gleich bleibt. Vom 7.—12. Monate kann man allmälig bis zu 1200 g pro die steigen und noch allmälig gesteigerte Mengen von Beikost (Mehl, Brei, Eier etc.) hinzufügen. — (Therap. Monatsh. Nr. 12, 1898.)

Ueber die Anwendung schmerzstillender Mittel bei Munderkrankungen der Kinder. Von Dr. Fr. Göppert.

Es ist eine bekannte Thatsache, dass Kinder, welche an schmerzhaften Munderkrankungen leiden, Stomatitis aphthosa oder

ulcerosa, jede Nahrungsaufnahme, aus Scheu mit den damit verbundenen Schmerzen, beharrlich zu refusiren pflegen.

G. hat auf der Universitäts-Kinderklinik in Breslau gegen diese Schmerzempfindungen, wie er angibt, meist mit gutem Erfolge zwei Mittel angewendet.

Das Aneson, eine Lösung von Acetonchloroform von der Firma Hoffmann-La Roche & Co. in Basel, und das Orthoform.

Das Aneson kam 15mal, das Orthoform 5mal zur Anwendung mit dem Erfolge, dass die Nahrungsaufnahme so weit ermöglicht werden konnte, dass meist Zunahme des Körpergewichtes eintrat.

Ein deutlicher Einfluss auf die Krankheit selbst konnte nicht constatirt werden.

Es wirken beide Mittel gleich gut anästhetisch, manche Individuen bekamen bei der Bestäubung mit Orthoform krampfhafte Hustenanfälle, ohne dass aber die beabsichtigte Anästhesie dadurch geschädigt wurde.

Beide Mittel sind nicht gerade billig, man verbraucht für die ganze Behandlung um etwa 1·75—2·70 Mk. Aneson (25 g) oder 3—5 g Orthoform für 2 Mk.

Etwas schwieriger anzuwenden ist das Aneson, der Geschmack beider Mittel ist recht schlecht, das Orthoform verursacht im Beginne auch etwas Schmerz.

Das Aneson wird mit einem Wattepinsel aufgepinselt, an stärker erkrankten Stellen etwas mehr, u. zw. 2mal nach einer Pause von fünf Minuten, und die Schmerzlosigkeit tritt 5—10 Minuten nach der zweiten Einpinselung auf; bei Stomatitis ulcerosa legt man auch noch mit Aneson getränkte Watte in das Vestibuleum oris.

Orthoform wird mittels eines geeigneten Pulverbläsers 20 und 10 Minuten vor der Mahlzeit eingeblasen. — (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 49., H. 1.)

Ueber die Verwendung von Aleuronat zur Säuglingsernährung.

Von Dr. M. Heim.

H. gibt seit einer Reihe von Jahren Säuglingen von der ersten Lebenswoche an Aleuronathafermehl (ein Theil Aleuronat, zwei Theile feinstes Hafermehl), anfänglich in Form eines dicken durch ein Tuch gegossenen Schleimes als Zusatz zur Milch, vom dritten Monate an als leichten Milchbrei (ein- bis zweimal täglich) neben Vollmilch. Die Tagesmenge des Aleuronathafermehles

steigt von circa 15 g auf 45 g täglich, wofür pro Jahr ein Aufwand von circa 20 Mark erforderlich ist.

H. hat von dieser stark eiweissreichen Nahrung, entgegen aller Theorie, sehr gute Erfolge gesehen, er meint, dass das Aleuronat eine bessere Ausnützung der Stärke und auch des Caseïns erziele und dass es sich selbst bei der subtilen Verdauungsthätigkeit von Frühgeborenen bewährt habe.

Das Aleuronat soll auch einen günstigen Einfluss auf die Milchsecretion bei stillenden Frauen ausüben und empfiehlt sich auch anderen Eiweisspräparaten gegenüber durch seinen billigeren Preis. — (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 49, H. 1.)

Ein Fall von Exstirpation des persistirenden Ductus omphalomesentericus. Von Dr. W. Körte.

Nach einer kurzen Darstellung der durch Persistenz des Ductus omphalo-mesentericus begründeten Hemmungsbildungen und der davon abhängigen Gefahren (Darmvorfall, Einklemmungen, Abschnürungen) bespricht Dr. K. die Behandlung dieser Hemmungsbildung durch Exstirpation, welche wohl dermalen als die einzige rationelle Behandlung angesehen werden kann.

Sie besteht darin, den Nabel zu umschneiden, die Bauchhöhle zu eröffnen, den persistirenden Zellengang frei zu legen, an seiner Insertion am Dünndarme abzubinden, abzutragen und den Stumpf durch Uebernähen zu sichern.

Dr. K. hat diese Operation an einem Falle seiner Beobachtung ausgeführt, bei einem fünf Vierteljahre alten Knaben.

Es hatte sich ein Prolaps am Nabel von penisartiger Gestalt in Fingerlänge am Nabel herausgebildet und hatte mehrfache Ernährungsstörungen (Darmkatarrhe) hervorgerufen.

Bei der Operation zeigte es sich, dass er nicht auf der Convexität, sondern am Mesenterialrande des Darmes aufsass; sie wurde ohne Zwischenfälle nach dem eben angeführten Plane gemacht. Heilung 14 Tage. — (Deutsche med. Wocheuschr.)

Chirurgische Oeffnung neuer Seitenbahnen für das Blut der Vena porta. Von Prof. S. Talma.

Die Idee, von der Prof. T. ausgeht, muss als höchst originell erklärt werden, ob praktisch auch fruchtbar, ist eine Frage, welche die Erfahrung beantworten wird.

Er schliesst folgendermassen: Der Operateur sieht gelegentlich nach Operationen Verwachsung der Leberoberfläche mit der

Bauchwand eintreten und aus solchen Verwachsungen her sich ein reiches Adernetz entwickeln.

Soll es nicht gelingen, durch absichtliche Etablirung solcher Collateralbahnen in Fällen von Ascites bei Lebercirrhose Nutzen zu bringen? Einen solchen an einem 9 Jahre alten Kinde durchgeführten Versuch theilt Prof. T. mit. Das Kind kam zur Aufnahme, nachdem es angeblich erst vor Wochen erkrankt war. Die ersten Krankheitserscheinungen waren Bauchschmerzen. Bei der Aufnahme fand man Hydrops-Ascites, systolische Herzgeräusche und Herzhypertrophie, im Harne 4‰ Albumen. Durch Punctio abdominis werden 1750 cm hellen Serums entfernt. Die Diagnose lautete: Acuter parenchymatöser M. Brightii, unklare Vergrösserung der Milz und Leber.

Nachdem circa drei Monate lang, trotz wiederholter Paracenthese, der Zustand ungebessert blieb, wird operativ vorgegangen. Prof. Dr. Eiselsberg schneidet auf den unteren Rand der Leber ein, heftet die Gallenblase und das grosse Netz an die Bauchwände. Es entwickeln sich nun in der Lebergegend dicke Venen von der Narbe aus gegen die Papillarlinie, Milz und Leber bleiben gross, der Harn enthält viel weniger Eiweiss.

Vier Monate nach der Operation wird die stark vergrösserte Milz in einen durch Haut und Musculatur der Bauchwand gebildeten Sack eingenäht, um neue Collateralbahnen zu eröffnen, was auch gelingt. Der Kranke verlässt nach circa achtmonatlichem Aufenthalte die Klinik geheilt und stellt sich acht Monate später gesund wieder vor. Der Knabe mit Ascites infolge von Lebercirrhose, bei welchem fünfmal ohne bleibenden Erfolg die Paracenthese abd. gemacht worden war, war durch die Herstellung eines Collateralkreislaufes, einerseits zwischen Gallenblase und grossem Netze in der Bauchwand, anderseits zwischen Milzoberfläche und Bauchwand, geheilt; die Leber functionirt nunmehr gut.

Man wird einen analogen operativen Vorgang indicirt finden dürfen bei Behinderung der Abfuhr des Blutes aus der Vena portae durch die Leber, so lange die letztere noch functionsfähig ist, mag die Ursache der Behandlung des Blutstromes in der Leber selbst oder in der Leberpforte liegen.

Prof. T. anerkennt, dass gegen die Operation allerdings noch mancherlei Bedenken vorgebracht werden können, will aber auf dem Wege der Erfahrung zur Klärung derselben kommen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38.)

Die diphtheritischen Toxine und Antitoxine in ihrer Wechselbeziehung auf das Nervensystem des Meerschweinchens. Von Dr. G. N. Gabritschefowsky.

Im Frühjahre 1897 hatte G. mitgetheilt, dass nach subcutaner Injection oder Diphtherietoxinen bei Meerschweinchen Veränderungen der Nervenzellen des Rückenmarkes, besonders in den Vorderhörnern eintreten, u. zw. Zerfall des chromatophilen Körpers und Schwund der chromatophilen Substanz der Zellen, aber die Versuchsthiere zeigten keine deutlichen Erscheinungen von Paralyse. Diese entwickeln sich erst zwei Monate nach der Injection, nachdem eine multiple Neuritis nachweisbar geworden ist.

Die Injection von Diphtherieantitoxin ruft aber gleichfalls nicht unwesentliche Veränderungen im Rückenmarke und in den peripheren Nerven hervor, z. B. nach Injection von 0·5 Antitoxin eine ziemlich tiefgreifende Chromatolyse, wieder hauptsächlich in der antero-lateralen Zellgruppe der Vorderhörner, bald geringere, bald tiefergreifende Degeneration peripherer Nervenfasern.

Es wurde weiter die Injection von Gemischen der Toxine und Antitoxine versucht und es ergab sich bei vollkommener Neutralisation das Nervensystem kaum verändert, dagegen beim Ueberwiegen der Toxine die früher beschriebenen Veränderungen im Nervensysteme, bei mässigem Ueberschusse der Antitoxine konnte man zwar Zerfall der chromatophilen Hörner und Chromatolyse beobachten, aber kaum eine Veränderung in den peripheren Nerven.

Wurde die neutralisirende Dosis des Antitoxins nach dem Toxin injicirt, so stellen sich deutliche Veränderungen in den Zellen der Vorderhörner des Rückenmarkes ein. G. meint, seine Versuche lehren unzweifelhaft die wohlthätige Wirkung des Antitoxinserums auf die von den Toxinen verursachten Schädigungen des Nervensystems und die Nothwendigkeit, die Antitoxin-Injectionen so früh als möglich vorzunehmen, jedenfalls vor Ablauf der ersten Krankheitswoche.

Die Versuche lehren aber auch, dass die Antitoxine durchaus nicht indifferent auf den Organismus, sondern auch schädigend auf die Nervenzellen und Nervenfasern wirken, so dass es besser ist, wiederholte Injectionen von kleinen Antitoxindosen zu machen. — (Fortschr. d. Med. Nr. 13, 1898.)



Hygiene und Krankenpflege.

Zur Verhütung der Senilitas praecox. Von Dr. Hermann Weber.
(Schluss.)

Ueber das richtige Mass der körperlichen Bewegung ist es unmöglich, allgemeine Regeln zu geben. Sie müssen jedem einzelnen Falle angepasst werden. Stets aber ist zu beachten, dass der Uebergang von Unthätigkeit zu activen Uebungen und Touren nur allmälig gemacht werden darf, und dass durch plötzliches Uebermass grosse Nachtheile erzeugt werden können. Wirkliche Ueberanstrengungen, sowohl in Bezug auf die körperliche als geistige Thätigkeit, sollen bei alten Leuten vermieden werden.

Ein wichtiges System zur längeren Erhaltung der körperlichen und geistigen Energie ist der Verdauungsapparat. Bei den meisten Menschen stellt sich nach dem 60., bei vielen schon nach dem 50. Jahre und früher eine Verminderung der Verdauungsfähigkeit ein. Mit dem Beginne der absteigenden Entwicklung nimmt der Stoffansatz ab, und die Bedürfnisse nach Zufuhr frischen Materials werden geringer. Dem entsprechend muss die Nahrungsaufnahme eingerichtet werden; es muss die Menge der Speisen abnehmen, und die Natur derselben muss leichter verdaulich und weniger reizend sein. Bei grosser körperlicher und geistiger Thätigkeit wird eine stärkere Zufuhr länger ertragen; bei geringer Thätigkeit und starker Nahrungsaufnahme aber treten allmälig, früher oder später, Veränderungen verschiedener Art ein. Sie können in übermässiger Fettbildung, in Entartung des Herzens und der Gefässe, in Bright'scher Krankheit, in Rheumatismus, Gicht, Glykosurie, chronischen Katarrhen u. s. w. bestehen, und führen auf mannigfachen Wegen zu Senilitas praecox. Wenn pathologische Zustände der genannten Art schon eingetreten, aber noch nicht weit fortgeschritten sind, so lässt sich durch diätetische Curen oft viel thun, und je früher solche Curen begonnen werden, desto mehr darf man von ihnen erwarten; aber meist ist es nöthig, das ganze weitere Leben, auch nach gelungener Cur, der Krankheitstendenz entsprechend einzurichten.

Der frühe Verfall der geistigen und körperlichen Functionen wird bei vielen Menschen durch den übermässigen Genuss geistiger Getränke erzeugt. Es ist zwar keinem Zweifel unterworfen, dass für die Mehrzahl von Menschen ein sehr mäs-

siger Genuss geistiger Getränke nicht schädlich ist, und dass für manche Leute, welche ein schwaches Herz haben, der mässige Genuss derselben sogar nützlich und nöthig ist; aber die meisten Menschen können ganz gut ohne Alkohol leben, und thuen wohl daran, ihn ganz zu vermeiden. Bei der Häufigkeit des erblichen Elements des Alkoholismus in vielen Familien ist es wichtig, in solchen Fällen früh dem übermässigen Genuss der alkoholischen Getränke entgegenzuwirken, oder noch besser, ihn ganz zu verbieten.

Der Spruch: „Der Wein ist die Milch der Greise“, richtet nach Vf. viel Schaden an; der reichliche Genuss von Alkohol wirkt in den späteren Lebensjahren der Senilitas praecox nicht entgegen, sondern befördert sie. Der Wein ist nicht die Milch der Greise.

Der unmässige Geschlechtsverkehr führt bei Männern nicht selten zu frühem Altern. In vielen Fällen leiden das Gehirn und Rückenmark, in anderen das Herz, in wieder anderen die Verdauungsorgane.

Das Rauchen erzeugt bei dicken Leuten Schwäche der Verdauung, des Herzens, des Rückenmarkes und Gehirns, und das ganze Bild der Senilitas praecox. Mässigkeit im Schlaf ist ebenso wichtig, wie Mässigkeit in anderen Genüssen.

Die Theorie, dass durch reichliche geistige Thätigkeit und körperliche Bewegung das Leben verkürzt und dass das gegebene Mass von Lebenskraft früher verbraucht wird, ist unrichtig.

Man muss auch Rücksicht nehmen auf die verminderte Widerstandsfähigkeit des Organismus gegen die meteorologischen Einflüsse. Die Kälte, die Nässe, die Nebel und Winde, welchen die meisten Gegenden in Mitteleuropa während der kälteren Monate des Jahres ausgesetzt sind, führen bei alten Leuten zu allerlei Leiden, wodurch sie der Bewegung im Freien beraubt werden, und wodurch die Energie ihrer Organe geschwächt und eine Senilitas praecox vorbereitet wird. Wenn es möglich ist, so müssen deshalb alte Leute, welche im Winter in ihrer Heimat leiden, während dieser Zeit nach Orten umsiedeln oder in Gegenden reisen, wo die ihnen schädlichen Elemente in vermindertem Grade vorhanden sind. — (Zeitschr. f. diät. u. physik. Therapie. Bd. 1, H. 1.)

Bemerkungen über die hygienisch-diätetische und besonders die klimatische Behandlung chronischer Nierenkrankheiten. Von H. Senator.

Die hygienisch-diätetischen Behandlungsmethoden leisten mehr, als alle pharmaceutischen Präparate und können sicherer als diese das Fortschreiten der Krankheit aufhalten und einen Stillstand, eine wenigstens relative Besserung, erzielen. Ueber die Bedeutung der Diät herrscht bei acuten Nierenaffectionen und bei acuten Exacerbationen chronischer Leiden kein Zweifel, und in Bezug auf die chronischen Affectionen ist die Mehrzahl der Aerzte darin einig, dass die Ernährung umso weniger beschränkt zu werden braucht, je schleichender und chronischer der Krankheitsprocess verläuft, dass aber alle scharfen, die Nieren reizenden Nahrungs- und Genussmittel unter allen Umständen ferngehalten oder auf ein Mindestmass beschränkt werden müssen und dass ein Uebermass von Stickstoff in der Nahrung zu vermeiden ist.

Muskelruhe beeinflusst fast jede Albuminurie günstig, körperliche Anstrengung pflegt sie zu steigern. Und zwar kommt in dieser Beziehung ganz besonders die Muskelthätigkeit der Unterextremitäten und unteren Rumpfpartien in Betracht. Die schädliche Wirkung der Muskelarbeit, beziehungsweise die wohlthätige Wirkung der Ruhe macht sich umso deutlicher erkennbar, je acuter und stürmischer der Process in den Nieren verläuft. In chronischen Fällen bringen leichtere Körperbewegungen keinen Schaden, kleine nicht ermüdende Spaziergänge sind aus anderweitigen Gesundheitsrücksichten sogar zu empfehlen. Anstrengende Leibesübungen sind bei chronischen Nierenleiden ganz zu meiden oder nur mit der grössten Vorsicht zu unternehmen. Vor dem Radfahren, das so leicht zu Uebertreibungen veranlasst, kann bei Nierenkranken, überhaupt bei jeder Albuminurie mit oder ohne Gefässerkrankung, nicht genug gewarnt werden. Nierenkranke sollen sich ferner vor der Einwirkung von trockener, wie ganz besonders feuchter Kälte auf die Haut sorgfältig hüten; sie thun gut, bei ungünstiger Witterung und in den Jahreszeiten mit stärkeren Temperaturschwankungen wollene oder halbwollene Unterkleider zu tragen.

Einen günstigen Einfluss üben die klimatischen Curen; wenn auch gänzliche Heilungen durch sie zu den Ausnahmen gehören, so sind Besserungen und Stillstände der Krankeit um-

so häufiger. Dies gilt nicht bloss von den verschiedenen Formen der chronischen Nephritis, sondern auch von der Amyloidentartung mit oder ohne complicirende Entzündung, sowie von den im Anschluss an Eiterungen der Harnwege sich anschliessenden entzündlichen Zuständen der Niere (Pyelonephritis, Nephritis ascendens).

Das erste und wichtigste Erforderniss eines für Nierenkranke zuträglichen Klimas ist die Wärme. Nächstdem scheint eine gewisse Trockenheit des Klimas wünschenswerth zu sein. Bei dem günstigen Einfluss des Klimas kommt noch die Einwirkung des Sonnenlichts, der Bestrahlung in Betracht. Von den Orten, welche in Frage kommen, stehen obenan Egypten (Kairo, Heluan, in Oberegypten Luxor und Assuan), sowie Algier. Wenn von den afrikanischen Winterstationen Abstand genommen werden muss, so können verschiedene Orte in Sicilien, deren Luftfeuchtigkeit etwas grösser ist, Ersatz bieten, namentlich Acireale, Palermo, Catania (von den Orten in Sicilien kann nur Palermo als klimatischer Curort gelten, da nur diese Stadt gute Hôtels besitzt, die Hôtels in allen übrigen in Betracht kommenden Orten, die gewiss sehr günstig gelegen sind, sind sehr mangelhaft ausgestattet. Ref.), in Unteritalien verschiedene Orte in der Umgebung von Neapel (Amalfi, Capri), dann die weniger feuchten Orte der Riviera di Ponente, unter denen Nizza, Bordighera, San Remo, Cannes und Hyères die verhältnissmässig trockensten sind. Wer den Aufenthalt in diesen Orten nicht ermöglichen kann, muss sich mit noch nördlicher gelegenen und demgemäss auch weniger günstigen Orten, wie Meran und Gries bei Bozen, Arco begnügen. Im Sommer sind für Nierenkranke im Allgemeinen ebenfalls trockene, nicht hochgelegene Gebirgsorte, oder von den Küstenplätzen ebenfalls die weniger feuchten Orte an der englischen Küste (Bornemouth, Torquay, Ventnor) oder auch an der deutschen Nordsee zu empfehlen, jedoch nur als Luftcurorte, nicht zum Gebrauch der Meeresbäder. — (Therap. d. Gegenw. 1899)

Kleine Mittheilungen.

Ueber kineto-therapeutische Bäder. Von v. Leyden und Goldscheider. Bei der Heilwirkung von Bädern ist ein physikalisches Moment, dem nach der Ansicht der Verfasser eine hervorragend wichtige Bedeutung zukommt, bis-

lang nur sehr ungenügend gewürdigt worden, nämlich der Auftrieb des Wassers. Die Verwerthung dieser physikalischen Eigenschaft zu Heilzwecken erscheint vorwiegend bei Paresen und Muskelatrophien der unteren Extremitäten, ferner bei schmerzhaften Gelenkleiden geboten; für die Arme kommt sie weniger in Betracht, weil diese weniger Masse besitzen und im Bade nicht so vollständig in das Wasser eintauchen wie die Beine. Das im Wasser befindliche Bein wird nach dem bekannten Gesetz des Auftriebes um das Gewicht der verdrängten Wassermenge erleichtert; infolge dessen erwächst für diejenigen Muskeln, welche das Bein aus der liegenden Stellung erheben, eine verringerte Arbeitsleistung. Nicht bloss die Hebung, sondern alle Bewegungen des Beines erfahren eine wesentliche Erleichterung, da das Wasserbad günstige Bedingungen zur Bethätigung einer selbst sehr reducirten Muskelkraft gewährt. Dem Patienten erwächst durch die Wassergymnastik der grosse Vortheil, dass Versteifungen, Adhäsionen und passiven Contractionen vorgebeugt wird; ferner belebt die active Muskelcontraction die Ernährung der Muskelsubstanz, kräftigt den Muskel und wirkt bahnend für folgende Muskelinnervationen, so dass allmälig Fortschritte in der Ausgiebigkeit, Häufigkeit und Dauer der Bewegungen hervortreten. Nach und nach kommt die durch die Wassergymnastik gewonnene Uebung und Kräftigung der Muskeln auch den Bewegungen ausserhalb des Wassers zu statten. Die Wirkung des Auftriebes beschränkt sich nicht darauf, dass die Extremität erleichtert wird und eine geringere Arbeit zu leisten hat, sondern die Entlastung wirkt geradezu als physiologischer Reiz; es kommt hinzu, dass die durch die activen Bewegungen erzeugte und mit ihnen verknüpfte Bewegungslust auf psychischem Wege anregend auf die Bewegung wirkt. Was die Technik der Wassergymnastik anlangt, so muss man dafür Sorge tragen, dass das Wasser möglichst tief ist, damit die Beine grosse Excursionen nach oben machen können, ohne den Wasserspiegel zu durchschneiden. Ferner ist darauf zu achten, dass der Kranke bei den Beinbewegungen mit dem Oberkörper nicht rutscht; schwache Patienten sind eventuell durch den Wärter zu halten. Die Temperatur des Wassers muss auf der Höhe von 27—32° R. erhalten werden, die Dauer des Bades mindestens auf eine halbe Stunde bemessen sein. Ist der Zustand der Muskeln ein derartiger, dass der Patient stehen kann, so ist die Uebung von Beinbewegungen

in aufrechter Stellung im Wasser empfehlenswerth. — (Zeitschr. f. diät. u. physikal. Therapie.; Deutsche med. Wochenschr.)

Ueber einen günstigen Effect des Chelidoniumalkaloid bei maligner Neubildung des Magens. Von Dr. M. Iwanow. Eine 52jährige Frau wies die unzweifelhaften Symptome des Magenkrebses auf und gebrauchte das spirituöse Extract des Chelidonium; der Marasmus zeigte aber immer weitere Fortschritte, die starken Schmerzen hörten nicht auf und das Erbrechen von kaffeesatzartigen Massen nahm eher noch zu. Vf. versuchte nun das Chelidonium sulfuricum zu 0·1 in Oblaten, zweimal täglich. Bald nach dem Beginn dieser Cur hörte das Erbrechen auf, ebenso die Schmerzen, so dass die vorher eingeführte Mastdarmernährung wieder ausgesetzt werden konnte. Das Körpergewicht hob sich zusehends und die Patientin fühlte sich ganz wohl. — (Med. Obosr.; Petersb. med. Wochenschr.)

Die Militärärzte Augé und Casteret haben in 60 Fällen von Eiterungen, wie Panaritium, Verletzungen, phlegmonösen Abscessen, Dermatosen, **Natrium bicarb.** (in 2%iger Lösung) **als Verbandmittel** mit bestem Erfolg gebraucht. Der Vortheil des Mittels wäre rasches Verschwinden der Entzündungserscheinungen und des Schmerzes (in 24—28 Stunden), Unterdrückung der Eiterung in wenigen Tagen und schliesslich schnellere Ueberhäutung wie mit den antiseptischen Mitteln. Zu diesen ist nämlich das Natr. bicarb. keineswegs zu rechnen, da es die Entwicklung der Bacterien nicht zu hindern im Stande ist, es wirkt vielmehr, weil es, als reines Alkali, die zelligen Elemente unversehrt lässt, gleichsam als ein physiologisches Verbandmittel. Die Lösung von Natr. bicarb. spielt in einem kleinen Theile des Organismus dieselbe Rolle wie die Hypodermoklyse bei den Allgemeininfectionen, also nach Art eines localen Serums. Während die sogenannten Antiseptica den Vortheil haben, die Infectionskeime zu tödten, vermindern sie anderseits die Lebensfähigkeit der Gewebe und lähmen die natürlichen Vertheidigungsmittel, die Leukocyten; das Natr. bicarb. hingegen hat nicht den geringsten Einfluss auf die Mikroorganismen, lässt aber die organische Zelle unversehrt. Das Ideal wäre nun ein Mittel, welches gleichzeitig die Mikroorganismen tödtet und den Organismus gegen diese kräftigt, und in der Serumtherapie liegt dieses Mittel der Zukunft. — (Münch. med. Wochenschr.; New-York. med. Monatsschr.)

Zur Frage der Ernährung der Typhuskranken. Von Dr. W. Buschujew. Feste Nahrung wird bekanntlich den Typhuskranken von den meisten Klinikern streng verboten. Es liegen aber jetzt schon Beobachtungen vor, welche beweisen, dass auch feste Nahrung von Typhuskranken nicht nur gut vertragen wird, sondern, dass auch der Verlauf des Abdominaltyphus dabei ein rascherer und milderer ist. Auf diese Beobachtungen sich stützend, versuchte Vf. im Kijew'schen Militärhospital einer Reihe von typhuskranken Soldaten feste Nahrung zu reichen. Jeder bekam täglich 1³/₄ Pfund Weissbrot, 40—42 Solotnik gekochten Fleisches, 1 Cotelette und Suppe; ausserdem Thee, Wein (1—2 Unzen) und Moosbeerentrank, zuweilen auch 1 Ei und etwas Milch. Gleichzeitig bekam eine 2. Reihe von Soldaten in demselben Hospital fast ausschliesslich flüssige Nahrung: 2 Liter Milch und 1—2 Eier. Von der ersten Reihe (80 Soldaten) sind 8 gestorben (10%), von der zweiten (74 Soldaten) 9 (12·1%). Auch das Procent der, infolge der Unfähigkeit, den Dienst fortzusetzen, Entlassenen und die Dauer des Fiebers waren bei der 1. Reihe etwas geringer, als bei der 2. Reihe. Was die einzelnen Krankheitserscheinungen und Complicationen anbetrifft, so fühlten sich die Patienten, welche reichliche feste Nahrung bekamen, bedeutend besser, als die der 2. Reihe. Der Appetit war gut, die Zunge blieb die ganze Zeit rein; kein Meteorismus, keine Leibschmerzen, kein Aufstossen. Die Zahl der täglich entleerten Stühle betrug gewöhnlich 2, sehr selten 3—4. Sie hatten nie das Aussehen der erbsenbreiigen Stühle. Darmblutungen waren bei der festen Nahrung durchaus nicht häufiger, als bei der ausschliesslich flüssigen. Darmperforationen kamen in den letzten 2 Jahren, seit der Einführung der festen Nahrung, bei 509 Patienten nur einmal vor, diffuse Peritonitis zweimal. Recidive waren nicht häufiger, Otitis media und Parotitis viel seltener, Decubitus kam überhaupt nicht vor. Der allgemeine Ernährungszustand litt bei der festen Nahrung viel weniger, als bei der flüssigen; dem entsprechend war auch die posttyphöse allgemeine Schwäche viel weniger ausgesprochen. — (Wratsch.; Petersb. med. Wochenschr.)

Beiträge zur Erforschung der Bedingungen der Harnsäurebildung. Von Dr. J. Weiss. Vf. prüfte an sich selbst, ob, wenn er bei im Uebrigen constanter Kost eine grössere Menge Obst (1¹/₂ Pfund Kirschen, 1 Pfund Walderdbeeren) genoss, hiebei die Harnsäureausscheidung sich verminderte. Das war in

der That der Fall; die Harnsäureausscheidung ging z. B. von 0·7204 an einem Normaltag auf 0·3930 pro die an einem Kirschentag herunter. Zu gleicher Zeit erfuhr die Hippursäure, die an den Normaltagen nur in Spuren ausgeschieden wurde, eine bedeutende Vermehrung (auf 0·36—0·511 g pro die). Um zu erfahren, von welchem in den Früchten enthaltenen Stoffe die beobachteten Erscheinungen hervorgerufen seien, stellte Vf. an sich selbst bei constanter Nahrung Versuche mit Kali bitartaricum, Acidum tannicum, Zucker und Chinasäure an. Nur nach dem Genusse von Chinasäure wurde einerseits eine erhebliche Verminderung der Harnsäure (von 0·532 auf 0·246 g pro die) und anderseits eine starke Vermehrung der Hippursäure (bis auf 0·878 g) beobachtet. — (Deutsche Med.-Ztg.)

Neuere Arzneimittel und Receptformeln.

Nirvanin ist ein von Prof. Einhorn und Dr. Heinz neu hergestelltes Anästheticum, welches als subcutane Injection die Lösungen der Orthoformsalze an günstigen Eigenschaften weitaus übertrifft. Das von den Höchster Farbwerken fabricirte Präparat ist nach seiner chemischen Constitution salzsaures Diaethylglykokoll-p-Amido-o-Oxybenzoësäuremethylester. Nirvanin krystallisirt aus absolutem Alkohol in weissen Prismen, die leicht in Wasser löslich, neutral reagiren und mit Eisenchlorid violette Färbung annehmen. Zwar bewirkt das Nirvanin keine Anästhesirung der tiefer liegenden Gewebe, doch hält dieselbe, nach erfolgter Injection oder auf Wunden applicirt, sehr lange auf das Vollkommenste an, wobei 0·5 g der Lösung als Injection keine Nachtheile herbeiführen. In 1%iger Stärke wirkt Nirvanin bactericid, Gährung und Fäulniss hemmend. Bei Augenbehandlung kann Cocaïn zugesetzt werden, wobei jedoch reines Nirvanin starke Reizung herbeiführt; 0·2—0·5%ige Lösungen sind am vortheilhaftesten, während in der Zahnheilkunde 2—5%ige zur Verwendung gelangen.

Miridin, eine Mischung von Ephedrinum hydrochloric. und Homatropin. hydrochloric., welche E. Merck in den Handel bringt, von S. Stephenson in der Münchn. med. Wochenschr. empfohlen, bewirkt eine mässige, nach einer halben Stunde ihren Höhepunkt erreichende Pupillenerweiterung, welche nach weiteren drei Stunden wieder verschwindet.

Dionin ist salzsaures Aethyl-Morphium ($C_1 H_{23} NO_3 H Cl + H_2 O$) und bildet ein in Alkohol leicht lösliches, krystallinisches Pulver von bitterem Geschmacke, das von der Firma E. Merck in Darmstadt hergestellt wird. Korte empfiehlt es gegen Hustenreiz statt Codein und Morphin in Dosen von 0·015—0·03 g in Form von Pillen oder in Lösung.

Acoin ist Dipara-Anisylmonophenetylguanidinchlorhydrat. Es wird von der chemischen Fabrik von Heydn-Radebeul dargestellt und von Trolldenier an Stelle von Cocaïn als Local-Anästheticum empfohlen, u. zw. subcutan in verdünnten Lösungen (Acoin 0·1, Natr. chlor. 0·8, Aq. dest. 100·0), die vor Licht geschützt aufzubewahren sind.

Husa. Unter diesem Namen kommt in Florida eine Pflanze vor, welche sehr grosse antitoxische Eigenschaften besitzen und namentlich bei der Entziehungscur der Morphinisten ausgezeichnet wirken soll. Ihr Effect ist beruhigend, aber nicht narkotisch, auch gehört Husa nicht zu den eigentlichen Schlafmitteln, und wurde dieser Erfolg sowohl durch Selbstversuche von Aerzten wie bei Opiophagen erwiesen. Die Indianer verwenden die Husa gegen den Biss giftiger Schlangen und Insecten. Momentan stimulirend wirkend, tritt bald darnach Beruhigung auf, weshalb die Pflanze auch als ein Ersatz für Opium anzusehen wäre. Im Courier Record beschreibt W. Winthrop die Pflanze ohne Angabe der botanischen Abstammung als eine Kryptogame von 2—3 Zoll Länge, welche an Stelle der Blüthe ein blumenkohlartiges kleines weisses Gebilde hervorbringt und an schattigen Plätzen, besonders unter den Kohlpalmen massenhaft vorkommt. — (Ph. P.)

Bei nässendem Ekzem:

Rp. Cutoli 10·0
Ol. oliv. 20·0

M. f. pasta.

S. Messerrückendick aufzustreichen. — (Leuchter.)

Ein Fussstreupulver:

Rp. Chinosol 2·0
Amyl. trit. 18·0
Talc. subt. p. sive
Terr. silic. 78·0

S. Aeusserlich.

Als Drasticum:

Rp. Elaterii nigri 0·15—0·3—0·5
Tragacanth.
Pulv. rad. liq. q. s. ut
f. pill. 30.

S. Pillen, täglich 1—2 Pillen zu nehmen. — (Rabow.)

Ein Kinderstreupulver:

Rp. Chinosoli 0·5
Amyl. trit. 19·5
Lycopod. 80·0

S. Aeusserlich. — (Ostermann.)

Bei Hämorrhoiden:

Rp. Cutoli 3·0
Ol. oliv. 5·0
Acid. carbol. liq. gutt. IV.
Lanolini ad 25·0

M. f. unguentum.

Mit dieser Salbe getränkte Wattetampons in den After einzuführen. — (Rabow.)

Gegen Frostbeulen und aufgesprungene Hände:

Rp. Cutoli 3·0
Ol. amygd. | Lanolini } āā 15·0
Aq. flor. Aur. 10·0

S. Salbe. — (Koppel.)

Gegen Psoriasis:

Rp. Arsenohaemoli 5·0
Succi liquir. pulv. 2·0
Mucil. gummi arab. q. s. ut f. pill. 50.
Obduce lacca.

D. S. 2—3 Pillen täglich zu nehmen; jeden 5. Tag um 1 Pille steigend, bis zu 8 Pillen täglich. — (Merck.)

Bei Decubitus:

Rp. Chinosoli 1·0
Liq. Plumb. subacet. 4·0
Ung. cerei 45·0

S. Aeusserlich. — (Ostermann.)

Als Zahnpulver:

Rp. Chinosoli 5·0
Calc. carb. praecip. 70·0
Magnes. carb. 25·0
Mentholi 0·5
Eucalyptol. 0·5

— (Ostermann.)

Als Frostwasser:

Rp. Chinosoli 1·0
Aq. font. 27·0
Liq. plumb. acet. 2·0

S. Aeusserlich. — (Ostermann.)

Als Mundwasser:

Rp. Chinosoli 0·25
Arrac. 50·0
Aq. font. 250·0

S. Mundwasser, mit Wasser noch zu verdünnen. — (Nitzelnadel.)

Bei Pruritus:

Rp. Salopheni 0·5

M. f. p. d. tal. dos.

M. D. S. 4—6 Pulver täglich. — (Wannemacker.)

Bei Prurigo:

Rp. Gelat. alb. 250·0
Gummi arab. 50·0
Glycerini | Aq. dest. } āā 300
Zinci oxyd. 100·0
Acid. Carbol. liquef. 2·0

M. D. S. Aeusserlich.
(Thibierge.)

Bei Ulcerationen an der Cervicalportion:

Rp. Tannini 4·0
Europhen 15·0
Lycopod. 10·0
Pulv. Opii comp. 1·5

M. f. p. Bei Application des Pulvers ist das Speculum einzuführen und zur Fixation des Pulvers sind Wattebäuschchen zu verwenden. — (Lutand.)

Bei Luës:

Rp. Haemoli hydrargyro-jodati 8·0
Extr. et pulv. Liquir. q. s. ut f. pill. Nr. 50.

S. 5—10 Pillen täglich. (A. Jordan.)

Bei Eczema ani:

Rp. Camphor. pulv. 2·0
Oxyd. Zinci | Bismuth. subn. } āā 30·0
Talc. pulv. 40·0

M. D. S. Streupulver; vorher Waschen mit Borsäure. — (Brocq.)

Schnupfenpulver:

1. Rp. Amyli } ää 5·0
Acid. borici }
Benzoës pulv. 0 25

M. D. S. Zum Einblasen in die Nase.

2. Rp. Bismuth. subn. 5·0—10·0
Cocaini mur. 0·1— 0·5
Camphor. 0·5
Acid. borici 2·0
Chinini sulf. 1·0

M. D. S. Zum Einblasen in die Nase.

Bei Oboesitas und Myxödem:

Rp. Thyroglanden 0·1—0·15
M. f. p. d. tal. dos.
S. Tagsüber 1—2—3 Pulver zu nehmen. — (Lennau.)

Bei Herpes tonsurans capillitii:

Rp. Acid. salicyl. 1·2
Sulf. sublim. 16·0
Ung. Zinci oxyd. benzoati 32·0
M. f. Unguentum — (Shoemaker.)

Bei Bronchitis putrida:

Rp. Picis liquid. } ää 10·0
Fruct. Anisi pulv. }
Magnes. carb. q. s. ut f. pill. 100
Consp. Lycop.

D. S. Täglich 2—10 Pillen. — (Mignot.)

Gegen übelriechenden Athem:

1. Rp. Thymoli 0·05—1·0
Boracis 1·0—5·0
Spirit. vini 20·0—50·0
Aq. dest. 300—500

D. S. 3 Esslöffel hievon in einem Glase Wasser aufgelöst, gibt ein Gurgelwasser ab.

2. Rp. Acidi Salicyl. 5·0
Saccharin } ää 6·0
Natr. bicarb. }
Spirit. vini 125·0

S. 1—2 Kaffeelöffel hievon in einem Glase Wasser aufzulösen und die Lösung als Gurgelwasser zu verwenden. — (Monde médical.)

Sitzungsberichte.

Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin.

Gusserow: Künstliche Frühgeburt bei Herzkranken.

(Schluss.)

Meine Zahlen habe ich aus meinem Material Ihnen zusammengestellt. Das ist aber auch die Ziffer, die Spiegelberg und andere Geburtshelfer, die darüber Veröffentlichungen seinerzeit gemacht haben, auch immer wieder gefunden haben. Es waren natürlich auch einmal 10 Procent, auch 11 Procent. Ich will zugeben, dass, wenn ich die nächsten Jahre wieder zusamenstelle, dann vielleicht die Procentzahl ein bisschen höher gestiegen ist. Aber jedenfalls kommt es auf die einzelne Ziffer dabei nicht so an, als auf den gewaltigen Unterschied zwischen 50 Procent und 40 Procent und 6 Procent, und dieser Unterschied, glaube ich, erklärt sich auf die geschilderte Weise am besten. Daraus folgt nun, meiner Ansicht nach — und das ist auch die Ansicht, so viel ich übersehen kann, der meisten Geburtshelfer — dass wir also zunächst immer wünschen müssen, dass eine Person, die einen chronischen Herzfehler hat, nicht schwanger wird. Das ist ein Satz, über den ganz gewiss gar kein Streit besteht, aber ein Satz, der sich unserem ärztlichen Wirken doch fast absolut entzieht. Also wir können immer nur mit der Frage uns beschäftigen, wie sollen wir uns verhalten, wenn

eine Person mit einem Herzfehler schwanger wird, und hier sind die Ansichten immer sehr weit auseinandergehend.

Die inneren Mediciner — wenn ich mich so ausdrücken darf — sind immer geneigt, von ihrer schlechten Erfahrung ausgehend zu sagen, man soll die Schwangerschaft so schnell wie möglich unterbrechen, und es hat eine Reihe von Aerzten gegeben, die auch den künstlichen Abortus in diesen Fällen ohne Weiteres für gerechtfertigt gehalten haben. Demgegenüber sind eigentlich die Geburtshelfer, denen ich mich in dieser Beziehung vollkommen anschliesse, geneigt, die Schwangerschaft nicht ohne Weiteres zu unterbrechen. Denn ich habe schon auseinandergesetzt, dass die Schwangerschaft viel seltener gefährliche Störungen hervorruft, als die Geburt, dass also gerade der Eintritt der Geburt, die Geburtsarbeit, die Störungen so hervorruft, dass dadurch eine Lebensgefahr für die Frau bedingt wird. Wir können ja natürlich die Geburt, wenn die Person schwanger ist, nicht verhindern. Das ist nicht möglich. Es ist nur die Frage, ob wir die Schwangerschaft abwarten wollen, bis die Geburt zum normalen Termin eintritt, oder ob wir die Schwangerschaft früher unterbrechen wollen, und da ist immer mein Standpunkt, den ich auch in dieser Gesellschaft hier betont habe, der gewesen, dass wir immer besser thun, das normale Ende der Schwangerschaft abzuwarten, entweder das normale Ende in dem Sinne, dass die Schwangerschaft ihren gewöhnlichen normalen Verlauf nimmt, oder dass irgendwie die Schwangerschaft zu früh spontan unterbrochen wird, und die Gründe hiefür liegen einfach in geburtshilflichen Erfahrungen und Anschauungen. Wir wissen, dass jede Geburt, die entweder am normalen Ende der Schwangerschaft eintritt oder wo durch innere Ursachen, also meinetwegen in diesen Fällen durch einen Herzfehler, die Schwangerschaft vor ihrem Ablauf unterbrochen wird, sehr viel leichter und schneller verläuft, als jede künstlich eingeleitete Geburt. Wir wissen, dass jede am normalen Ende der Schwangerschaft naturgemäss aufgetretene Entbindung und Geburt einen sehr viel prompteren, schnelleren, regelmässigeren Verlauf hat und dadurch also die Anstrengung für die Schwangeren, ich will nicht sagen auf ein Minimum, aber sehr wesentlich beschränkt wird, während wir kein Mittel besitzen — das muss man vom geburtshilflichen Standpunkte immer den Gegnern gegenüberhalten — wodurch wir die Schwangerschaft künstlich unterbrechen können und dann sicher sind, dass die Geburt nun so ähnlich verlaufen wird, wie beim normalen Eintritt der Geburt. Es gibt kein Mittel, und wenn wir alle die Methoden, die immer wieder ersonnen sind, und erfunden werden, auch alle immer wieder durchprobiren, so finden wir immer wieder dasselbe Resultat, dass tagelang gar keine Wehen auftreten, die Frau wird psychisch erregt, sie hat leise Schmerzen, also sie wird — bei einem Herzkranken jedenfalls nicht ohne Bedeutung — immer etwas geschwächt. Dann treten beim wiederholten Wechsel der Methode allmälig Wehen ein. Die Wehen sind sehr schwach, die Geburt zieht sich stundenlang nicht bloss, sondern tagelang hin, und so ist eine künstlich eingeleitete Geburt unter 100 Fällen, ich will sagen in 90, jedenfalls sehr langsam und schwer, nicht im Sinne des Geburtshelfers, aber im Sinne der Kreissenden, die nun durch die Wehenthätigkeit, die so langsam verläuft, tagelang sich hinerstreckt, immer grössere Anforderungen an ihr Herz gestellt erhält, und wir können uns nicht wundern, dass bei einem so verlangsamten hingeschleppten Geburtsverlauf viel mehr Störungen eintreten. Das ist also der Grund — es gilt das auch für alle möglichen anderen Verhält-

nisse — aus dem wir die künstliche Frühgeburt immer als ein sehr ungünstiges Moment auffassen müssen. Wir müssen immer betonen, dass die künstliche Frühgeburt eine Verschleppung, eine Erschwerung der ganzen Niederkunft darstellt, und ich habe eben kurz schon vorher angedeutet, dass die Verschleppung, die Erschwerung durch die Verlangsamung der Geburt einen sehr wesentlichen Factor bei Herzfehlern darstellt und damit stimmen dann die Thatsachen überein, dass wir verhältnissmässig nicht selten dann, wenn wir die künstliche Frühgeburt eingeleitet haben, einen üblen Ausgang sehen, weil hier die Gefahr der Geburt noch durch die künstliche Frühgeburt gesteigert ist.

Das sind in nuce die Gründe, die sämmtliche Geburtshelfer, soweit ich es übersehen kann, und mich vor allen Dingen bestimmt haben, bei Herzfehlern niemals die künstliche Frühgeburt einzuleiten, bloss weil ein Herzfehler da ist, bloss aus der an und für sich berechtigten Befürchtung für den Verlauf der Geburt, bloss daraus, dass wir sagen müssen: die Schwangerschaft ist bei Herzfehlern immer ein schädigendes und für das Leben der Frauen in gewissem Grade bedrohliches Moment. Ich habe den Grad der Bedrohlichkeit ja schon betont. Er ist meinen Erfahrungen nach nicht so gross, wie er nach den Erfahrungen Anderer sich darstellt, die eben nur die schweren Fälle zu sehen bekommen. Das sind die Gründe, weshalb ich ein entschiedener Gegner der künstlichen Einleitung der Frühgeburt bei Herzfehlern bin. Etwas Anderes ist es, wenn bei einer Schwangeren mit Herzfehlern Compensationsstörungen eintreten, was ja gewöhnlich, wie ich Ihnen sagte, nicht der Fall ist, was aber nicht so ganz selten vorkommt. Dann allerdings wird jeder Geburtshelfer zugeben müssen, dass dann die Unterbrechung der Schwangerschaft oft genug das einzige Mittel ist, um das Leben der Kranken zu retten. Aber wir sehen, dass dann gerade auch die Gefahr oder die Nachtheile der künstlichen Frühgeburt erst recht ins Auge fallend sind, dass dann der Geburtsverlauf auch ein schlechter, verlangsamter ist, und wenn nun die Frau schon Compensationsstörungen vor der Einleitung der künstlichen Frühgeburt hatte, die uns dann zu der Einleitung veranlassten, dass dadurch gewöhnlich auch der Zustand nicht wesentlich gebessert wird. Wir sind aber doch dann, wenn die Geburt glücklich begonnen hat, in der Lage, was wir auch bei nach normalem Verlauf der Schwangerschaft eintretender Geburt können, die Geburt abzukürzen durch Anlegung der Zange oder durch Wendung u. s. w. Das wird immer die Aufgabe des Geburtshelfers bei herzkranken Frauen sein, die Geburt möglichst abzukürzen, so schnell wie möglich zu entbinden, um die grössere Aufgabe, die das Herz erfährt durch den Geburtsverlauf, möglichst abzukürzen und möglichst abzuschwächen.

Ich muss allerdings gestehen, dass der Grundsatz, den die meisten Geburtshelfer haben: die Schwangerschaft erst zu unterbrechen bei Herzfehlern, wenn Compensationsstörungen eintreten, kein sehr glückliches Verfahren darstellt. Wenn aber Compensationsstörungen einmal eingetreten sind in der Schwangerschaft, so sind wir gewiss berechtigt und verpflichtet, die Schwangerschaft so schnell wie möglich zu unterbrechen, weil wir in der Mehrzahl der Fälle darin die einzige Hoffnung auf Erhaltung des mütterlichen Lebens sehen können. Aber ich muss ohne Weiteres zugestehen, dass, wenn wir so lange warten, dann das Resultat immer ein ziemlich schlechtes ist. Ich habe einmal im Laufe der Zeit die künstliche Frühgeburt eingeleitet wegen Compensationsstörungen: da ist die Mutter glücklich davongekommen. Das ist aber meiner Ansicht nach mehr ein

glücklicher Zufall gewesen, als dass es innerliche Berechtigung hatte. Aber das kann uns nicht veranlassen, nun einen weiteren Schritt zu machen und bei jeder Person, die einen Herzfehler hat, weil sie den Herzfehler hat, die Schwangerschaft zu unterbrechen. Denn ich habe Ihnen eben auseinandergesetzt, und wie gesagt ist das die Anschauung der meisten Geburtshelfer, dass in der grösseren Mehrzahl der Fälle, wenn der Herzfehler compensirt ist, die Compensation auch bei der Geburt glücklich bestehen bleibt, respective wenn die Compensationsstörung eintritt, wir durch die schnelle Beendigung der Geburt die Compensationsstörung beseitigen können, und wir können eine umso günstigere Prognose für die Geburt stellen, je mehr wir die Natur walten lassen, je mehr wir die Wehenthätigkeit spontan eintreten lassen. Also der Standpunkt, den ich immer eingehalten habe und den ich mich bemüht habe, noch einmal heute kurz zu skizziren, würde der sein, dass wir niemals die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft vornehmen, weil ein Herzfehler da ist, sondern, wenn ein Herzfehler da ist, werden wir natürlich soviel wie möglich die Schwangerschaft überwachen, wir werden durch die geeigneten Massregeln den Compensationsstörungen, wenn sie beginnen, oder sich anzeigen, entgegentreten müssen, aber wir werden niemals wegen des Herzfehlers die Schwangerschaft unterbrechen dürfen, weil meiner Ueberzeugung nach und meiner Erfahrung nach durch diese frühzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft die Gefahr der Geburt wesentlich gesteigert wird. Treten dagegen bei der Schwangeren mit Herzstörungen Compensationsstörungen ein, so bin ich entschieden der Ansicht. dass man dann als ultimum refugium, wenn ich so sagen darf, die Schwangerschaft noch unterbrechen darf, und es wird dadurch bei einer Reihe von Kranken das Leben erhalten werden. Aber die Zahl der Fälle ist sehr gering, wo das gelingt. In der Mehrzahl wird, wenn während der Schwangerschaft schon die Compensationsstörung eingetreten ist, sie durch die künstlich eingeleitete Geburt so gesteigert werden, dass der Tod auch dann nicht abzuwenden ist.

Bücher-Anzeigen.

Die Nebenwirkungen der Arzneimittel. Pharmakologisch-klinisches Handbuch von Prof. Dr. L. Lewin. Dritte, neu bearbeitete Auflage. Verlag von August Hirschwald, Berlin 1899.

Die Nebenwirkungen der Arzneimittel werden in jeder Pharmakologie angeführt, doch nicht mit der Ausführlichkeit, wie dies für den Arzt nothwendig ist. Es ist klar, dass ein Buch, welches diese Frage zum Hauptgegenstand erhebt, und die Nebenwirkungen der Arzneimittel auf der breitesten Basis erörtert, einem grossen Bedürfnisse des Praktikers entgegenkommt. Die Aufnahme des Buches war auch eine sehr günstige. Das Studium dieses mit grosser Sachkenntniss und Gründlichkeit geschriebenen Buches wird den Arzt gegen manche unangenehme Erlebnisse am Krankenbette schützen; es soll daher auch diese neue Auflage den Collegen auf das Wärmste empfohlen sein. Druck und Ausstattung sind vorzüglich.

Herausgeber und verantwortlicher Redacteur: Dr. M. Heitler. — Verlag von Moritz Perles.
Druck von Johann N. Vernay in Wien.



Ein Fall von geheilter Lungentuberculose. Bemerkungen über die Prognose bei Lungenschwindsucht.

Von Dr. M. Heitler.

Vor sieben Jahren habe ich in dieser Zeitschrift sechs Fälle von geheilter Lungentuberculose mitgetheilt.[1]) Der Fall, über den ich jetzt berichte, gehört zu den interessantesten seiner Art; der damalige Kranke, Herr Dr. L., befindet sich jetzt ganz wohl und weder nach dem Aussehen noch nach dem Lungenbefunde würde man vermuthen, dass Herr L. an Lungentuberculose erkrankt, und man kann hinzufügen, schwer erkrankt war. Ich habe Herrn L. um seine Krankheitsskizze gebeten und ich will dieselbe mit seinen eigenen Worten mittheilen:

R. L., 21 Jahre alt, Erkrankung im Februar 1892, Fieber, Husten, sehr starker Nachtschweiss bis anfangs April, grosse Abmagerung; von Mai 1892 bis October Aufenthalt in Grinzing. Fieber Nachmittags in geringer Höhe bis Juni, im August einmal ziemlich starker Bluthusten; von October bis April 1893 Aufenthalt in Arco, bei der Rückkehr untersucht und negativer Befund; Gewichtszunahme in diesem Jahre circa 13 kg auf 61 kg. Sommer 1893 Aufenthalt in Grinzing; im Herbste geringer Katarrh, vom 1. December 1893 bis Ende April 1894 Aufenthalt in Arco; anfangs December geringer Bluthusten, im März Rippenfellentzündung mit dreiwöchentlichem Krankenlager; Mitte Mai Untersuchung in Wien, negativer Befund; Sommer 1894 Aufenthalt in Grinzing, Untersuchung im Herbste ergab günstiges Resultat; Winter in Wien; April 1895 etwas Katarrh und nach fünfwöchentlichem Aufenthalt in Arco wieder negativer Befund. Seither bei zweimaliger Untersuchung jährlich durchwegs negativer Befund. Gewicht gegenwärtig 62—63 kg. Wien, Mai 1898.

Ich habe den Kranken im Beginne seiner Erkrankung mit Herrn Collegen Federn gesehen. Man fand beide Lungen-

[1]) Mittheilung einiger Fälle spontan geheilter Lungentuberculose. Centralbl. f. die ges. Therapie, H. 10. 1892.

spitzen gedämpft mit spärlichem, kleinblasigen Rasseln, die übrigen Partien der Lunge boten percutorisch und auscultatorisch normale Verhältnisse, das Sputum enthielt eine reichliche Menge von Bacillen (Dr. Federn), das Fieber war mässig; keine hereditäre Belastung. Der Eindruck, welchen der Kranke machte, war kein günstiger, insbesondere wegen der starken Abmagerung. Aber schon der erste Aufenthalt in Arco hatte ein sehr günstiges Resultat; die Erscheinungen von Seite der Lunge waren fast vollständig geschwunden, der Kranke hatte an Gewicht bedeutend zugenommen und weiterhin war der Verlauf bis auf die Störung während des zweiten Aufenthaltes in Arco ein fortwährend günstiger. Ich habe den Kranken jedes Jahr zwei- bis dreimal gesehen; manchmal fand man an den Lungenspitzen leichte katarrhalische Erscheinungen, manchmal war der Befund normal; seit dem Jahre 1895 ist der Lungenbefund percutorisch und auscultatorisch stets normal.

Die Therapie bestand in guter Ernährung und Aufenthalt in guter Luft; im Beginne der Erkrankung hat der Kranke eine Zeit lang Kreosot genommen. Die ersten zwei Winter verbrachte der Kranke in Arco, die Sommer in Grinzing (bei Wien); den dritten Winter wurde der Versuch mit Wien gemacht, bei Constanz der Besserung verbrachte der Kranke die weiteren Winter in Wien. Es mag bemerkt werden, dass der Kranke die ärztlichen Anordnungen sehr sorgfältig befolgte. Dass die Tuberculose auch unter ungünstigen Verhältnissen zum Stillstande kommt, ist unzweifelhaft; sicher ist es, dass die Chancen der Heilung unter günstigen hygienischen Verhältnissen unvergleichlich bessere sind. Es ist zweckmässig, Kranke mit beginnender Tuberculose gleich im Beginne der Erkrankung aufmerksam zu machen, dass die Heilung einige Jahre erfordern wird.

Im Jahre 1878 habe ich im Vereine der Aerzte Niederösterreichs einen Vortrag über die Prognose bei Lungenschwindsucht gehalten [1]; ich will hier aus demselben einige Sätze, welche sich auf die Bedeutung des Pulses bei der Prognose beziehen, anführen, weil, wie ich glaube, das Verhalten des Pulses bei dem Verlaufe der Tuberculose gegenüber dem Verhalten der Temperatur zu wenig gewürdigt wird.

„Wenn wir die Summe der Erscheinungen, welche in dem jeweiligen Stadium der Tuberculose bei Stellung der Prognose

[1]) Wiener med. Wochenschr. Nr. 17—19, 1878.

in Betracht kommen und verwerthet werden können, berücksichtigen, so müssen wir sagen, dass es hauptsächlich drei Momente sind, welche die massgebendsten Factoren derselben bilden, und diese sind der allgemeine Ernährungszustand, die locale Ausbreitung des Processes und das Fieber, d. h. ob Fieber vorhanden ist oder nicht." .... „Es ist zu bemerken, dass mit der Temperatur zugleich auch der Puls die grösste Beachtung verdient. Wer die Prognose nach den Schwankungen des Thermometers stellt, kann in die Lage kommen, sich arg zu täuschen; es kommen nicht selten Phthisen vor, bei welchen durch längere Zeit des Verlaufes entweder gar keine Temperaturerhöhung oder nur hie und da in weiter entfernten unregelmässigen Zeiträumen eine Erhöhung der Temperatur stattfindet und bei welchen nur der continuirlich beschleunigte Puls das Fortschreiten des Processes andeutet; durch das Fehlen der Temperaturerhöhung könnte man sich in einem solchen Falle zu einer günstigen Aussage veranlasst sehen, da man ja ein Weiterschreiten des Processes mittels der Percussion erst dann constatiren kann, wenn derselbe sich schon auf ein grösseres Territorium ausgebreitet hat." .... „Man kann sagen, dass bei den rapid verlaufenen Fällen die Temperatur gewöhnlich hoch ist, zwischen 39°—40°, und manchmal einen continuirlichen Typus darbietet; es kommen jedoch anderseits ebenso rasch verlaufende Fälle vor, bei welchen die Temperatur sich nur wenig über 38° erhebt, ja in manchen Fällen kann die Temperatur vollständig normal sein, der Puls ist jedoch gewöhnlich sehr beschleunigt." .... „Von einem vollständigen Stillstand des Processes kann man erst dann sprechen, wenn mit der normalen Temperatur auch normaler Puls eintritt; so lange der Puls beschleunigt ist, steht der Process nicht still und das Beschleunigtbleiben des Pulses bei normaler Temperatur ist immer ein ungünstiges Zeichen." .... „Wenn man die Sache einigermassen schematisiren will, so lässt sich darüber Folgendes sagen: Am raschesten verlaufen die Fälle mit bedeutender Temperaturerhöhung und Pulsbeschleunigung; ebenso rasch verlaufen die Fälle, bei welchen die Temperatur nicht sehr hoch, circa 39°, der Puls jedoch stets beschleunigt ist (110—130); die Fälle, bei welchen bei geringer Temperaturerhöhung der Puls mässig beschleunigt ist (80—90), zeigen gewöhnlich einen langsameren Verlauf, während continuirlich stark beschleunigter Puls auch in den Fällen, wo die Temperaturerhöhung eine sehr geringe und von normalen Temperaturen

häufig unterbrochen ist, von schlechter Bedeutung ist; nur sehr ausnahmsweise kommt es vor, dass der Puls bei fortschreitendem Processe normal ist, oder etwa unter die gewöhnliche Frequenz herabsinkt.“

Zur Diagnostik und Therapie der Darmstenosen.

Von Primararzt Dr. Julius Schnitzler,

Privatdocent für Chirurgie und Vorstand der chirurg. Abtheilung im k. k. Kaiser Franz Josef-Spital in Wien.

(Schluss.)

Wenden wir uns nun nach diesen selbstverständlich nur aphoristischen diagnostischen Bemerkungen der Besprechung der Therapie der Darmstenosen zu, so müssen wir zunächst den am Eingang dieser Betrachtungen ausgesprochenen Satz wiederholen, dass eine medicamentöse Therapie der Darmstenosen nicht möglich ist. Erörtern wir zunächst die beim acuten Darmverschluss zu ergreifenden Massnahmen, u. zw. zunächst für den in praxi gar nicht so seltenen Fall, dass wir über die pathologisch-anatomische Ursache des Darmverschlusses im Unklaren sind. In der Regel wird hier der Versuch gerechtfertigt sein, durch Application von Irrigationen (niemals aber durch medicamentöse, per os einverleibte Abführmittel) Stuhl zu erzielen. Diese Irrigationen führe man bei Knieellenbogen- oder Seitenlage (mit erhöhtem Becken) des Kranken aus, führe ein weiches Mastdarmrohr möglichst hoch ein und lasse aus einem Irrigator Wasser bis zur Menge von $1^1/_2$ l oder Olivenöl bis zur Menge von 1 l langsam einlaufen. Sitzt die Ursache der Unwegsamkeit des Darmes sehr tief, so wird natürlich nur eine viel kleinere Flüssigkeitsmenge einfliessen können und dieser Umstand wird eventuell diagnostisch verwerthet werden können. Es kann ferner die Irrigationsflüssigkeit, wenn der beabsichtigte Zweck nicht erreicht wird, entweder nach mehr oder weniger langer Zeit wieder rein abfliessen oder auch zunächst behalten werden. Ob man eine erfolglos gebliebene Irrigation wiederholen soll oder nicht, hängt davon ab, ob der Zustand — wie dies bei echten Incarcerationen der Fall ist — rasche Abhilfe verlangt oder aber — wie bei Obturationen — einen Aufschub des eventuellen operativen Eingriffes um einige Zeit (d. h. bis zu 24 oder höchstens 36 Stunden) zulässt. Mitunter erzielt man durch eine einer Wasserirrigation nachgeschickte Oelirrigation noch einen

Erfolg; so sah ich z. B. in einem Fall von Ileus infolge Einkeilung eines sehr grossen Gallensteines, diesen nach einer Oelirrigation abgehen, während vorhergegangene Wasserirrigationen erfolglos geblieben waren. Ein Beisatz von Kochsalz zum Wasserklysma kann nicht schaden. Die vielfach empfohlenen Syphonklysmen dürfen nur mit äusserster Vorsicht angewendet werden. In welchen Fällen können wir nun durch die Irrigationen einen Erfolg erzielen? Zunächst wird natürlich bei entsprechender Durchführung der Irrigationen eine für Enterostenose gehaltene Koprostase dieser Therapie weichen. Ganz alte eingedickte Kothmassen, die zur Bildung der sogenannten Kothtumoren führen, weichen allerdings mitunter einer einmaligen Irrigation nicht. Hier wird der Geübte aus der Beschaffenheit des Tumors (Eindrückbarkeit) und der relativen Milde der Erscheinungen die richtige Diagnose meist stellen können und infolge dessen sich berechtigt sehen, eine Massage des Tumors den Irrigationen zuzufügen, wodurch Stuhlgang erzielt werden wird. Die Irrigation kann fernerzweifellos manchmal zur Reduction eines Volvulus führen, eventuell durch entsprechende Lagerung des Kranken (Knieellenbogenlage) unterstützt, so dass sie hier ein wirkliches Heilmittel darstellt. Ebenso wie beim Volvulus ist auch bei der Invagination eine heilende Wirkung der Irrigation möglich und in beiden Fällen selbstverständlich, so lange der Zustand frisch ist, mit mehr Wahrscheinlichkeit zu erwarten als später. Allerdings sind sowohl die Torsionen als die Invaginationen meist durch eine besondere locale Disposition bedingt und daher Recidiven, resp. neuerliche Attaquen des Leidens nicht selten. Werthvollen Erfolg haben die Irrigationen insbesondere bei den Anfällen von absolutem Darmverschluss im Verlauf einer chronischen Stenose. Gelingt es hier, den sogenannten „acuten Ileus“ durch Irrigationen zu beheben, so schafft man die Möglichkeit, die in solchen Fällen doch stets unvermeidliche Operation im chronischen Stadium der Krankheit, also unter viel günstigeren Verhältnissen und mit wesentlich besseren Chancen auszuführen. Hierauf komme ich noch zurück. Wann darf nun ein Versuch, die Unwegsamkeit des Darmes durch Irrigationen zu beheben, nicht mehr unternommen werden? Mutatis mutandis unter denselben Umständen, die bei einer incarcerirten Hernie den Versuch der Taxis contraindiciren. Allerdings gibt uns bei der incarcerirten Hernie der locale Befund werthvolle Anhaltspunkte, die bei der inneren In-

carceration fast ganz fehlen. Unerlaubt ist selbstverständlich die Irrigation dann, wenn das Vorhandensein einer Peritonitis nicht ausgeschlossen werden kann, sei es nun, dass diese Peritonitis diagnostisch gegenüber der Enterostenose nicht ausgeschlossen werden kann oder dass sie als neben, resp. in Consequenz der Incarceration entstanden angenommen wird. Vor Allem kommt hier wieder das so häufige und schwerwiegende Dilemma in Betracht: Enterostenose oder Paratyphlitis? Wenn die entzündliche Affection nicht mit absoluter Gewissheit ausgeschlossen werden kann, so darf durchaus keine Irrigation applicirt werden, da sie bei vorhandener localer Peritonitis eine Ausbreitung dieser auf die ganze Bauchhöhle provociren könnte. Aber auch in jenen Fällen, in denen eine Peritonitis sich nicht durch positive Symptome verräth, jedoch eine Incarceration mit progressiven Erscheinungen schon mehrere Tage besteht, muss von Irrigationen abgerathen werden, weil Darmgangräne bestehen könnte. Dass diese vorhanden sein kann, ohne dass auffallende peritonitische Erscheinungen auftreten müssten, habe ich schon mehrmals wahrnehmen können. (Dabei kann man aber mitunter einen eigenthümlichen Symptomencomplex beobachten, dessen Charakteristica Somnolenz, Oligurie [eventuell Anurie] und zunehmende Pulsfrequenz sind, während Unruhe, Delirien, erhöhte Temperatur, Erbrechen zu fehlen pflegen. Der Anblick solcher Kranken erinnert an das Bild des Coma uraemicum oder diabeticum.) Kann man aus dem sicheren Nachweis eines localen Meteorismus die Diagnose auf eine Strangulation stellen, so unterlässt man wohl auch besser die Irrigation und schreitet baldmöglichst zu der gerade in diesen Fällen recht aussichtsvollen Operation. Dass man bei nachweisbarer Perforation des Darmes keine Irrigation machen darf, muss wohl nicht erst näher begründet werden.

Als ein werthvolles therapeutisches Agens beim Ileus wird von mancher Seite die Magenausspülung betrachtet. Ich habe nie einen Erfolg von ihrer Anwendung gesehen. Allerdings ist eine Magenausspülung mitunter in der Beziehung vortheilhaft, dass der Magen vor der zur Operation meist unerlässlichen Narkose entleert und dadurch die Aspiration von Mageninhalt während der Narkose verhindert wird. Man möge aber nie vergessen, dass Magenausspülungen die Kranken meist sehr erschöpfen und daher auf den Kräftezustand der Patienten entsprechend Rücksicht nehmen. Von nicht operativen therapeutischen

Massnahmen bei Darmstenosen wäre noch die bei Invaginationen, u. zw. nur bei frischen Invaginationen mitunter mit Erfolg zu versuchende Massage zu erwähnen. Es ist schon mehrmals gelungen, durch auf die Invagination direct gerichtete Handgriffe eine Lösung zu erzielen. In allen anderen Fällen von Darmstenose, insbesondere aber bei dem leisesten Verdacht auf peritonitische Complicationen ist jeder Versuch einer Massage stricte contraindicirt. Auch hier sei wiederholt, dass die Darreichung innerer Abführmittel bei Darmstenosen nur von Uebel ist, die Koliken und den Meteorismus, damit auch die Gefahr der Peritonitis steigert, daher mit Recht seit langer Zeit verpönt ist.

Für die grosse Mehrzahl der Darmstenosen muss also doch die chirurgische Therapie herangezogen werden. Wir wollen nochmals hervorheben, dass dieser stets, wenn nicht die genannten Contraindicationen bestehen, Irrigationen vorausgeschickt werden sollen. Durch diese wird eine in manchen Fällen sonst kaum sichergestellte Differentialdiagnose gegenüber einer einfachen Koprostase ermöglicht, es wird mancher acute Darmverschluss (Volvulus, Invagination) beseitigt werden können und bei acuten Anfällen im Verlaufe chronischer Darmstenosen wird die eventuell erfolgreiche Irrigation durch momentane Beseitigung des completen Darmverschlusses günstigere Operationsbedingungen schaffen, resp. den Aufschub der Operation bis zu einem günstigeren Zeitpunkt ermöglichen. Wo aber die kunstgerecht ausgeführte Irrigation vergeblich geblieben ist, säume man mit der Vornahme der Operation nicht zu lange, will man nicht die ohnehin nicht gerade glänzenden Chancen des Eingriffes noch verschlechtern. Erledigen wir aber zunächst auch hier die Frage, wann die Operation bei der Darmstenose contraindicirt ist. Beim completen Darmverschluss wohl nur dann, wenn der Zustand des Kranken ein bereits vollkommen aussichtsloser ist. Ist noch die geringste Aussicht auf eine günstige Beeinflussung des Zustandes durch eine Operation vorhanden, so soll man den Eingriff unternehmen und sich hier nur durch die Rücksicht auf den einzelnen Fall leiten lassen und nicht durch die Bedenken, es könnte der doch eintretende ungünstige Ausgang der Operation zugeschrieben werden. Auch bei der chronischen Darmstenose wird nur der Allgemeinzustand des Kranken eine Contraindication gegen eine operative Beseitigung der Stenose abgeben, also sehr schlechter Kräftezustand, allgemeine Tuberculose, bei carcinomatösen Stenosen Metastasen

etc. Allerdings muss hervorgehoben werden, dass gerade sehr abgemagerte und schwache Individuen — besonders Frauen — oft eingreifende Darmoperationen vortrefflich aushalten und durch den Erfolg derselben wieder in einen annähernd normalen Zustand zurückversetzt werden können. Man sei also auch hier in der Ablehnung der Operation vorsichtig. Gerade bei den chronischen Darmstenosen feiert die Chirurgie ihre schönsten Triumphe. Von manchen Autoren wird die Ansicht verfochten, man solle die Operation unterlassen, wenn dem Darmverschluss schon Peritonitis gefolgt sei. Ich möchte dem nicht unbedingt zustimmen. Sind auch die Aussichten für den Erfolg geringe, wenn schon die Darmlähmung — meist das erste Zeichen der Peritonitis beim Darmverschluss — sich eingestellt hat, so hat man doch durch entsprechende operative Therapie auch einzelne solcher Fälle gerettet, während sie ohne Operation zu Grunde gehen hätten müssen. Man soll sich auch in solchen Fällen nicht nach dem localen (abdominalen) Befund, sondern nach dem Allgemeinzustand, besonders nach der Pulsbeschaffenheit richten. Kleiner, frequenter Puls (über 120 bei niedriger Temperatur), Cyanose, kühle Extremitäten werden wohl den Eingriff aussichtslos erscheinen lassen.

Sowohl beim acuten wie beim chronischen Darmverschluss können wir radicale und palliative Operationen unterscheiden. Nur der Vollständigkeit halber sei hier der Darmpunction Erwähnung gethan, die allerdings einen Meteorismus sofort beseitigen und somit unter Umständen einer Indicatio vitalis genügen kann, die aber doch heute mit Recht aufgegeben ist, weil sie recht gefährlich ist (Peritonitis infolge Infection des Bauchfells durch die Lücke im Darm) und weil wir schliesslich eine Darmfistel unter Cocaïnanästhesie rasch genug anlegen können, ohne die erwähnte Gefahr mit in Kauf nehmen zu müssen. Wann entschliessen wir uns nun zur Anlegung einer Darmfistel resp. eines Anus praeternaturalis? Nur dort, wo temporär oder dauernd die Beseitigung des Hindernisses nicht möglich ist. Die dauernde Unmöglichkeit besteht wohl nur bei nicht mehr radical zu entfernenden Rectumcarcinomen oder Narben, die das ganze Rectum occupiren und infolge Schwielenbildung, grosser Ausdehnung etc. eine Operation mit Erhaltung der Continenz ausschliessen. In allen anderen Fällen besteht nämlich die Möglichkeit, das Hinderniss, wenn auch nicht zu entfernen, so doch zu umgehen, wenn auch oft nur durch eingreifende und compli-

cirte Operationen. In praxi ist es von den chronischen Darmverengerungen zumeist das inoperable Rectumcarcinom, das zur Anlegung des Anus praeternaturalis (Kolostomie) Veranlassung gibt. Beim acuten Darmverschluss kann man aber aus verschiedenen Umständen in die Zwangslage versetzt werden, eine (temporäre) Darmfistel anzulegen. Vor Allem kann bei sehr schlechtem Allgemeinbefinden des Kranken jeder grössere Eingriff unmöglich erscheinen und dadurch der Operateur gezwungen sein, zunächst nur dem angesammelten Darminhalt durch eine Darmfistel einen Ausweg zu verschaffen, um durch Beseitigung der Gefahren, die dem Kranken von dieser Seite drohen (Peritonitis infolge von Durchwanderung von Bacterien durch den geblähten oder dehiscirenden Darm, Intoxication durch den zersetzten Darminhalt) einer Indicatio vitalis zu genügen. Es können aber auch äussere Umstände (Mangel an genügender Assistenz etc.) sein, die den Operateur zwingen, sich zunächst mit der Anlegung einer Darmfistel zu begnügen. Wird nun durch diese das vorerst beabsichtigte Resultat erzielt, so kann dann oft noch später eine radicale Therapie oder eine Beseitigung der Fistel bewirkt werden. Im Allgemeinen soll aber, wenn eben die Operation wegen einer Darmstenose beschlossen ist, die Absicht dahin gerichtet sein, bei der Laparotomie zunächst die eventuell vorher nicht möglich gewesene diagnostische Klärung in Bezug auf Sitz und pathologisch-anatomische Natur des Hindernisses zu gewinnen und dann eine Therapie einzuschlagen, die dem Darminhalt wieder den Weg per anum naturalim bahnt. Schon mit Rücksicht auf den Umstand, dass häufig genug diese Laparotomien erst diagnostischen Indicationen genügen müssen, dass grosse Schnitte angelegt, Därme ausgepackt werden müssen, wird zumeist die allgemeine Narkose unentbehrlich sein. In den früher erwähnten Fällen, bei denen von vorne herein nur die Anlegung einer Darmfistel resp. eines Anus praeternaturalis geplant wird, kann man allerdings mit Vortheil die Schleich'sche Infiltrations-Anästhesie anwenden. In praxi verhält sich die Sache in der Regel so, dass wir bei den chronischen Darmstenosen mit ziemlicher Sicherheit eine genaue Localisationsdiagnose zu stellen in der Lage sind, während dieser im Stadium des absoluten Darmverschlusses oft genug unüberwindliche Schwierigkeiten entgegenstehen. Besprechen wir zunächst in kurzen Zügen unser operatives Verhalten beim absoluten Darmverschluss, und zwar in

jenen Fällen, in denen der Sitz des Hindernisses nicht genau eruirt werden konnte. Hier eröffnen wir das (stets sehr stark aufgetriebene) Abdomen am besten in der Mittellinie unterhalb des Nabels, und zwar weit genug, um mit einer Hand bequem eindringen zu können. Nun stürzen geblähte Darmschlingen vor, die mit warmen sterilen Compressen (gezählt!) zurückgehalten werden müssen. Man geht nun auf die Suche nach collabirten Darmschlingen. Sind sehr viele Dünndarmschlingen gebläht, so orientire man sich zunächst darüber, ob das Kolon auch gebläht ist. Die über dem Hinderniss liegenden Darmschlingen sind wohl in der Regel ausnahmslos gebläht, doch kommt es mitunter vor, dass einzelne, oberhalb der Stenose liegende Schlingen — offenbar infolge von Druckverhältnissen — leer bleiben. Ist die Stenose eine chronische, so ist der Darm oberhalb derselben hypertrophirt. Der unterhalb der Stenose liegende Darm kann eventuell durch nicht abgegangene Irrigationsflüssigkeit ausgedehnt sein. Auf technische Einzelheiten bezüglich der Aufsuchung der Stenose kann hier nicht eingegangen werden. Nach meinen Erfahrungen findet man collabirte Dünndarmschlingen mit der längs der Wirbelsäule in das kleine Becken hinabgleitenden, in das Abdomen eingeführten Hand zumeist unschwer und thut dann am besten, die collabirten Schlingen vor die Bauchwunde zu ziehen und „abzuspinnen". Dabei lasse man stets nur möglichst kurze Strecken des Darmes vorliegen, reponire die abgesuchte Strecke möglichst rasch, um die Gefahr des Collapses, die bei derartigen Eingriffen nicht gering ist, möglichst zu verringern. Ich bin kein Anhänger der sehr grossen Schnitte, da sie durch ihre Consequenzen die Gefahr des Collapses vergrössern. Oft gelangt man beim Absuchen des Darmes endlich an eine Stelle, von der an ein weiteres Vorziehen nicht mehr möglich ist. Handelt es sich dabei nicht um die anatomisch fixirten Darmabschnitte (Duodenojejunalgrenze, Ileocöcalgrenze), so entspricht die fixirte Partie meist dem Sitze der Erkrankung. Mitunter lässt sich durch einen gelinden Zug die pathologische Fixation überwinden und dabei gleichzeitig die Incarceration beheben, wie dies bei Incarceration in inneren Bruchsäcken, unter Strängen etc. der Fall sein kann. Stets sei der Zug ein mässig starker, um unerwünschte Schädigung des dort zumeist schon Circulationsstörungen aufweisenden Darmes zu vermeiden. Gibt der Darm dem Zug nicht nach, so muss durch entsprechende Assistenz an der Bauchwunde

die betreffende Stelle in der Bauchhöhle der Inspection und den nothwendigen Manipulationen zugänglich gemacht werden. Das weitere Verhalten richtet sich nun nach der pathologisch-anatomischen Natur der Stenose und nach dem Zustand des Darmes. Handelt es sich um Incarceration in innere Bruchsäcke, durch Netzstränge, Pseudomembranen etc., so genügt natürlich eine Durchtrennung des incarcerirenden Stranges zwischen Ligaturen, um das Hinderniss zu beseitigen. Ist der Darm nicht schwer geschädigt (gangränös oder gangränverdächtig), so ist mit dem Debridement auch der wesentlichste Theil der Operation beendigt. Ist der oberhalb der Incarceration gelegene Darm besonders stark gebläht und paralytisch, so ist es vortheilhaft, ihn durch eine Punction oder Incision sofort zu entleeren. Dies ist oft auch schon zu dem Zwecke nothwendig, um überhaupt eine Reposition des vorgezogenen Darmes in die Bauchhöhle zu ermöglichen. Selbstverständlich müssen alle Vorkehrungen getroffen sein, um jede Verunreinigung der Bauchhöhle mit dem in solchen Fällen (durch die vorangegangene Stauung) besonders infectiösen Darminhalt zu verhindern. Zumeist kann man die behufs Entleerung gesetzte Oeffnung im Darme sofort wieder vernähen. Nur bei ausgesprochener Paralyse des Darmes empfiehlt es sich, diese Oeffnung als Fistel in die Bauchwunde einzunähen.

Ist die Wegsamkeit des Darmes vollkommen wiederhergestellt, so schliesst sich eine kleine Fistel meist von selbst. Anderenfalls sind natürlich Nachoperationen erforderlich. — Handelt es sich um einen Volvulus, so genügt meist die einfache Detorsion des gedrehten Darmes. Wo besondere anatomische Prädisposition zum Volvulus besteht (verschmälerte Mesenterialbasis), empfiehlt es sich, durch einige Nähte zwischen Serose parietalis und visceralis den Darm zu fixiren. Gangränöser Darm muss natürlich resercirt werden. Besteht eine Invagination, so ist stets zunächst die Desinvagination zu versuchen, die in frischen Fällen meist gelingt. Ist sie unmöglich (ältere Invagination, chronische Invagination), so ist die Resection erforderlich. Findet man einen Fremdkörper (Gallenstein etc.) im Darme, so wird man ihn durch einen longitudinalen Schnitt aus dem Darminnern befreien und die Darmwunde zweireihig vernähen. Ist es der Druck eines nicht dem Darm angehörigen Tumors, der durch Compression zum Ileus geführt hat, so wird

man den Tumor, falls er exstirpirbar ist, entfernen, anderenfalls wohl einen Anus praeternaturalis anlegen oder das Hinderniss durch eine Enteroanastomose umgehen müssen. Hat der complete Darmverschluss in einem echten Darmtumor seine Ursache, so wäre es wohl das idealste Verfahren, den Tumor sofort zu entfernen und durch Darmresection und Naht möglichst günstige Verhältnisse herzustellen. Es ist aber das Stadium des acuten Darmverschlusses für die Vornahme derartiger Operationen durchaus nicht günstig; es ist vortheilhafter zunächst, durch einen palliativen Eingriff (Anlegung einer Fistel, Anastomose) bessere Bedingungen zu schaffen und den radicalen oder wenigstens radicaleren Eingriff einem günstigeren Zeitpunkt vorzubehalten. So legte ich einmal bei einem circa 20jährigen Menschen, der mit totalem Darmverschluss in das Spital gebracht wurde, als deren Ursache sich eine Strictur an der Ileocöcalklappe (Narbe nach tuberculösen Geschwüren) fand, zunächst eine Fistel im Bereich des untersten Ileums an. Vierzehn Tage später implantirte ich diese Fistelöffnung in das Kolontransversum, derart eine Enteroanastomose etablirend. Ein solches mehrzeitiges Verfahren ist zweifellos in vielen Fällen als das ungefährlichere jenem vorzuziehen, bei dem trotz starkem Meteorismus und reducirtem Allgemeinzustand des Kranken eine langdauernde, mit Darmnähten und eventueller Darmresection verbundene einzeitige Operation forcirt wird. Hat auch das mehrzeitige Operiren scheinbar viele Nachtheile, wie doppelte Narkose, doppelte Infectionsgefahr, doppelte Aufregung für den Kranken und seine Umgebung, so darf man dem doch entgegenhalten, dass die nach Ablauf des Stadiums absoluten Darmverschlusses erneute Narkose kaum so gefährlich ist als die Verlängerung derselben Narkose im Stadium des Ileus, dass die Infectionsgefahr bei starkem Meteorismus viel stärker ist, als bei gehörig zur Operation vorbereiteten Därmen, so dass also nur die psychischen Nachtheile übrig bleiben, die durch die erwähnten Vortheile weitaus überboten werden.

Sind die operativen Resultate beim acuten, resp. totalen Darmverschluss noch durchaus keine glänzenden — auf die Angabe von Zahlen aus den enorm differirenden Statistiken verzichte ich, da ihr Werth mir recht gering erscheint gegenüber der Thatsache, dass diese Fälle ohne Operation durchwegs unter den entsetzlichsten Qualen zu Grunde gehen müssten — so haben wir allen Grund, mit den chirurgischen Erfolgen bei der Be-

handlung chronischer Darmstenosen zufrieden zu sein. Hier haben wir bezüglich des einzuschlagenden Verfahrens die Fälle, in denen nur die Stenose als solche zu behandeln ist (Narbe), von jenen zu sondern, bei denen die Natur des stenosirenden Momentes (Carcinom, Tuberculose) die Entfernung oder wenigstens Ausschaltung des erkrankten Darmes wünschenswerth erscheinen lässt. Für die erstgenannten Fälle genügt selbstverständlich die Anlegung einer Anastomose. Ein oberhalb der Verengerung liegender Darm wird mit einem unterhalb derselben gelegenen in hinreichend weite Verbindung gebracht und dadurch dem Darminhalt ein neuer Weg gebahnt. Diese Operation ist eine einfache, ihre Gefährlichkeit eine geringe. Nach ihrer Vollendung geht aber doch noch immer ein Theil des Darminhaltes auch durch die stenosirte Stelle des Darmes hindurch. Soll dies verhindert werden und kann die betreffende Darmpartie nicht exstirpirt werden, so kann man sie ausschalten. Zu diesem Zwecke wird der oberhalb der Stenose liegende Darmabschnitt mit dem unterhalb liegenden in genügend breite Communication gebracht, dann aber der unmittelbar zu der erkrankten Darmstelle hinziehende und der unmittelbar von ihr abführende Darmschenkel vom übrigen Darm abgetrennt und in die Bauchwunde eingenäht. Nun ist die erkrankte Darmstelle (Neoplasma, Ulcus) ausser Zusammenhang mit dem übrigen Darm, wird durch keinen Darminhalt mehr gereizt und so kann entweder (wie bei Tuberculose) Ausheilung eintreten oder aber (wie bei Carcinom mitunter) der Zerfall und die Jauchung vermindert werden. Handelt es sich aber um ein Darmcarcinom als Ursache der Stenose, dessen Exstirpation noch möglich ist (ein gewisser Grad von Beweglichkeit, keine Lebermetastasen etc.), so ist natürlich die Darmresection mit nachfolgender Naht auszuführen.

Wenn die Operation bei chronischer Darmstenose umso viel bessere Resultate gibt als die beim acuten Darmverschluss ausgeführte, so liegt dies zum Theile daran, dass wir nicht gezwungen sind, bei bestehendem Meteorismus, Darmparalyse, eventuell bei beginnender Peritonitis zu operiren. Vor Allem aber ist es der Umstand, der die Aussichten des operativen Eingriffes so verbessert, dass wir die Diagnose viel präciser stellen, den Sitz der Stenose genauer bestimmen können. Dadurch wird der diagnostische Theil der Operation auf ein Minimum eingeschränkt, Operationsdauer, Infectionsgefahr etc. entsprechend herabgesetzt. Wir sind aber

durch die Erkenntniss dieser Thatsache zu der Hoffnung berechtigt, dass mit fortschreitender Verbesserung in der Diagnostik des acuten Darmverschlusses auch hier die operativen Resultate eine entsprechende Verbesserung aufweisen werden und hier müssen die Internisten dem Chirurgen hilfreich zur Seite stehen.

REFERATE.

Interne Medicin.

Ueber die Operation bei Morbus Basedowii. Von P. J. Möbius.

Dass im Allgemeinen die Operation die erfolgreichste Therapie der Basedow'schen Krankheit ist, kann jetzt nicht mehr bezweifelt werden. Die neueste Statistik von Sorgo erstreckt sich über 174. In zwei Fällen ist der Ausgang nicht bekannt. Von den übrigen 172 Kranken wurden 27 (15·2%) bedeutend gebessert, 62 (36·0%) deutlich gebessert. Geheilt wurden 48 (27·9%). Nicht gebessert oder schlimmer wurden 11 (6·4%) und 24 (13·9%) starben bald nach der Operation. Bei gesonderter Berechnung der Fälle von sogenannten primären Morbus Basedowii und der von secundärem Morbus Basedowii kommen nicht wesentlich verschiedene Zahlen vor.

Von den Gründen für und wider die Operation bei Morbus Basedowii sind drei Gründe für und ein Grund wider. Jene sind: die Unzulänglichkeit der medicinischen Behandlung, die Langwierigkeit der Krankheit, die Gefahren der Krankheit. Dieser bezieht sich auf die Gefahren der Operation.

Je länger sich Vf. mit der Behandlung von Basedow-Kranken beschäftigt, umso mehr überzeugt er sich von der Unzulänglichkeit der gewöhnlichen Therapie. Die Stoffe, die bei Schilddrüsenkrankheiten Specifica sind, die Schilddrüsenpräparate und die Jodpräparate sind bei Mb. Basedowii geradezu schädlich. Man muss bei Mb. Basedowii immer unterscheiden zwischen der activen Krankheit und den Zeiten der Ruhe. In allen Fällen nützlich sind die Bromsalze. Sie nützen nur symptomatisch und weit reicht ihre Wirkung, abgesehen von leichten Fällen, nicht. Alle anderen Medicamente, einschliesslich des Natrium phosphoricum, sind ganz zweifelhaft. Im Allgemeinen kann man sagen: Alles, was im Stande ist, den Patienten zu kräftigen und ihn

im Kampfe gegen die Krankheit zu unterstützen, wirkt als Heilmittel, sei es die Regelung der Wärmeverhältnisse oder reichliche Ernährung, sei es medicamentöse oder seelische Beruhigung. aber alle Heilmittel wirken nur in engen Grenzen und versagen oft.

Sicher ist nur in der Minderzahl der Fälle die Basedow'sche Krankheit bösartig, derart, dass sie auf die Zerstörung von Organen oder auf den Tod zielt. Gewöhnlich besteht eine Neigung zum Besseren und mit der Zeit kommt es zu einer mehr oder weniger vollständigen Heilung. Fast immer gehen Jahre darüber hin. Die Gefahren, die der Morbus Basedowii mit sich führt, sind mannigfach. Die Hauptgefahr ist die Schädigung des Herzens. Ausser der Herzlähmung kommen in Betracht Erkrankungen der Augen, des Gehirns, Durchfälle, Gangrän etc.

Allen Erwägungen, die zur Operation drängen, steht ein sehr gewichtiger Grund entgegen, die Thatsache, dass die Operation. relativ oft den Tod bewirkt. Die Todesfälle bilden zwei Gruppen. In der einen sterben die Kranken durch die Herzlähmung. Gewöhnlich aber handelt es sich um eine acute Vergiftung, der eigentliche Basedow-Tod. Ohne jede Sepsis entsteht am ersten oder zweiten Tage starkes Fieber, die Herzthätigkeit wird stürmisch, tumultuarisch, Verwirrung, Jactation können eintreten. Der Patient stirbt oder erholt sich nach mehreren Tagen. Diese Erscheinungen sind bedingt durch eine Ueberschwemmung des Körpers mit dem Safte der kranken Schilddrüse.

Gegen die Gefahr der Herzlähmung gibt es nur den Ausweg, zu operiren, so lange das Herz noch widerstandsfähig ist. Die Widerstandsfähigkeit wird im Allgemeinen umso grösser sein, je jünger die Krankheit ist. Anderseits pflegt eben erst durch die lange Dauer der Krankheit und durch die Anzeichen ernsthafter Schädigung des Körpers die Indication zur Operation gegeben zu werden. Meist ist ein annähernd sicheres Urtheil über das Herz möglich und die Sache steht dann so, dass bei schlechtem Zustande des Herzens eine Operation entweder contraindicirt oder so sehr indicirt ist, dass die Herzgefahr in den Kauf genommen werden muss. Häufiger als die Herzgefahr scheint die acute Basedow-Vergiftung zu drohen. Der Arzt wird am besten thun, wenn er dem nach seiner Meinung zur Operation geeigneten Patienten offen sagt, die Operation bringe wahrscheinlich verhältnissmässig rasch Besserung, sei aber nicht ungefährlich, und

dann dem Patienten die Entscheidung überlässt. Auf jeden Fall ist es nicht richtig, principiell die Kropfoperation bei Morbus Basedowii abzulehnen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 1, 1889.)

Zur Behandlung des hysterischen und nervösen Erbrechens. Von Dr. med. Aug. Richter.

Ausgehend von der Voraussetzung, dass das Erbrechen der Hysterischen auf sensiblen Reizerscheinungen, auf einer Hyperästhesie der Magenschleimhaut, wie sie beim Erbrechen der Neurastheniker und bei dem nervösen juvenilen Erbrechen angenommen wird, beruhen könne, schlug Vf. bei einer 32jährigen hysterischen Patientin, die nach eigener Angabe vier Jahre lang fast täglich wiederholtes Erbrechen gehabt hatte, eine Behandlungsmethode ein, welche den Zweck verfolgte, die vermutheten Reizerscheinungen herabzustimmen. Er führte einen Magenschlauch mit abgerundeter, geschlossener Spitze so tief ein, bis letztere mit der Funduswand in Berührung kam. Alsdann wurden 3—4 Minuten lang geringe Bewegungen auf- und abwärts vorgenommen, um jedesmal die Schleimhaut des Magens mit einem mechanischen Reize zu treffen und dieselbe allmälig an diesen Insult zu gewöhnen, d. h. die angenommene Ueberreitzung auf diese Weise allmälig abzustumpfen. Gleich vom ersten Tage an hörte das Erbrechen auf und hat sich nicht wieder eingestellt, nachdem die Patientin schon lange aus der Behandlung entlassen ist. Eine besondere Diät war nicht verordnet worden, Gewürze jedoch waren verboten.

Vf. hält die „Massage der Magenschleimhaut“ für indicirt in allen denjenigen Fällen nervösen Erbrechens, in welchen eine Ueberreizung der Schleimhaut anzunehmen und eine diätetische, hydriatische, elektrische oder medicamentöse Behandlung nicht bald zum Ziele führt.

Man bedient sich am besten der am unteren Ende abgestumpften oder konisch verjüngten Schläuche. Auch kann man einige Male den Schlauch tiefer in den Magen hineinschieben, damit er sich umbiegt und mit der convexen Stelle sich an die Magenwand anlegt, wodurch eine „Massage à friction“ oder „Effleurage“ erzielt wird, womit jedoch eine vorsichtigere Handhabung verbunden ist. Eine vierwöchentliche Dauer der Cur mit immer seltener werdenden Sitzungen dürfte genügen. — (Therap. Monatshf. Nr. 12, 1898.)

Ueber Chloralbacid und seine therapeutische Verwendung bei Magenkrankheiten und Ernährungsstörungen. Von Prof. W. Fleiner.

Wirkt Chlor auf Eiweiss ein, so bildet sich einerseits Chlorwasserstoff HCl und anderseits Chloreiweiss. Das mit Chlor substituirte Eiweiss ist die Grundsubstanz des Chloralbacids. Das Chloralbacid ist frei von anorganischen Chlorverbindungen und enthält, wenn ungespalten, 1—2% Chlor, wenn gespalten 3—4% Chlor. Nährwerth (als Eiweisskörper) und Resorption ist beim ersteren grösser als beim zweiten, während die gespaltenen Präparate stärkere Chlorwirkung erkennen lassen. Wurde Chlorhungerthieren mit ihrer chlorfreien Nahrung Chloralbacid verfüttert, so hörte gleich das Erbrechen auf, die Fresslust kehrte zurück, auch traten nach wenigen Tagen wieder Chloride in steigenden Mengen im Harne auf. Niemals zeigte sich aber wieder freie Salzsäure im Mageninhalt. Die Versuchsthiere gingen nach 10—12 Wochen ein, 5—6 Wochen später als im Chlorhunger. (Blum.)

Das wasserlösliche Chloralbacid (Chloralbacidnatrium) wurde als Pulver zu 1—2 g oder in Gaben von ½—1 Kaffeelöffel gegeben. Angenehmer sind für viele Patienten die Chloralbacidtabletten, welche 0·3—0·5 Chloralbacid enthalten und zu 1—3 Stück vor den Mahlzeiten genommen werden. Das Mittel wurde stets gut ertragen. Es wurde zuerst in Fällen, bei welchen die Untersuchung des Mageninhalts drei Stunden nach einem Probemittagessen das Fehlen der freien Salzsäure ergeben hatte, verabreicht, bei schweren organischen und functionellen Schädigungen des Magens (7mal Carcinom, 22mal chron. Gastritis und 5mal anämische Dyspepsie), und trotzdem schien in allen Fällen das Chloralbacidnatrium subjectiv günstig zu wirken. Durchgehends gaben die Kranken an, dass ihre Verdauungsbeschwerden durch den Gebrauch des Mittels geringer wurden und dass der Appetit sich besserte.

Vf. glaubte, diese subjectiven Erleichterungen und Besserungen auf eine durch Chloralbacid bedingte HCl-Entwicklung im Magen zurückführen zu müssen. Um dies zu beweisen, gab er in zehn Fällen, bei welchen drei Stunden nach der einfachen Probemahlzeit das Fehlen der freien Salzsäure nachgewiesen war, zugleich mit einer zweiten, sonst aber gleichen Probemahlzeit 2 g Chloralbacid und wiederholte die Magensaftanalysen; eine Veränderung der Salzsäurewerthe war aber nicht festzu-

stellen. Dagegen hat er bei sieben dieser Fälle, ohne dass Magenausspülungen gemacht wurden, durch das Chloralbacid eine deutliche Verminderung der Gesammtsäuremenge finden können, d. i eine Abnahme der durch abnorme Fermentirung gebildeten organischen Säuren im Mageninhalte. Vf. meint, dass diese Säureabnahme weniger durch eine antifermentative Wirkung des Chloralbacids als durch eine Reizwirkung dieses Mittels auf die Magenwand zu Stande kam, welche dadurch zu stärkerer Peristaltik angeregt wurde und zu rascherer Entleerung des Mageninhaltes führte.

Zum Vergleiche dieser Wirkungen des Chloralbacids mit denjenigen der künstlichen Salzsäure hat Vf. bei einer grossen Anzahl von Bleichsüchtigen und Magenkranken (auch Krebskranken), welche an den Gebrauch von Salzsäure nach dem Essen gewöhnt waren, statt dieser Chloralbacid gegeben. Ohne dass andere hygienisch-diätetische Verordnungen irgendwie abgeändert wurden, bevorzugten die Einen die Salzsäure, die Anderen das Chloralbacid. Vf. gibt in denjenigen mit Salzsäuremangel verbundenen Krankheitsfällen, bei welchen ausser hygienisch-diätetischen Verordnungen auch eine Medication nothwendig erscheint, dem Chloralbacid vor der Salzsäure da den Vorzug, wo der Appetit darniederliegt und die Aufsaugung nur mangelhaft besorgt wird, so dass infolge davon abnorm grosse Kothmengen gebildet werden. Das Chloralbacidnatrium wirkt nicht auf den Magen allein, sondern auch noch auf den Darm; Vf. möchte es deshalb bei denjenigen atonischen Verdauungsstörungen am meisten empfehlen, welche mit Appetitlosigkeit, Salzsäuremangel, abnormer Bildung organischer Säuren, mangelhafter Darmresorption und Verstopfung einhergehen (bei Chlorose und Anämie, Enteroptose, bei vielen Formen der Neurasthenie, bei Magenkatarrh, Magenkrebs, nervöser Anorexie, bei vielen Zuständen der Unternährung und manchen Formen der Kachexie). — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 1, 1899.)

Ueber Lungenblutungen bei der chronischen Lungenschwindsucht. Von Dr. J. Gabrilowisch. (Aus dem Kaiserlichen Sanatorium für Lungenkranke in Halila, Finnland.)

Von 380 Kranken, die Vf. während eines Zeitraumes von 5 Jahren in Behandlung hatte, litten 213 (56%) an Lungenblutungen. Lungenblutungen werden fast täglich beobachtet, namentlich im Herbst und Frühling, und abgesehen von stärkeren

Graden, die mit profusem Blutverlust verlaufen und den Organismus in der einen oder anderen Weise schädigen, haben sie nur geringe Bedeutung, da sie relativ rasch vergehen und keine ernsten Folgen hinterlassen. Diese sogenannten capillären Blutungen vergehen ohne jede Therapie, und es ist nicht einmal absolute Bettruhe erforderlich, obgleich grössere Bewegung untersagt werden muss. Ein lästiger, trockener Husten muss beseitigt werden, sei es durch Codeïn oder Morphin in kleinen Dosen. Man soll auch das Sprechen untersagen, sowie den Genuss von heissen Getränken und Speisen.

Bei den Blutungen höheren Grades ist zwischen den acut und subacut verlaufenden Blutungen zu unterscheiden. Erstere gehören zu den schwersten Erscheinungen der Lungenphthise und endigen fast immer letal. Es handelt sich hier nicht um den Blutverlust an und für sich, als vielmehr um eine Erstickung im gewöhnlichen Sinne des Wortes, durch Absperrung des Bronchialbaumes durch Blutmassen.

Subacute Blutungen treten ebenso plötzlich auf, wie die acuten, nur dass zwischen der ersten Bluteruption und den darauf folgenden immer eine grössere oder kleinere Pause eintritt. Die Blutungen wiederholen sich im Laufe des ersten Tages mehrmals, als Minimum 3-, als Maximum 9mal.

Bei diesen Blutungen besteht die Therapie in absoluter Ruhe, Ergotininjectionen und Morphin, wo es sich dabei um einen trockenen Husten handelt, recht vorsichtig, um die Expectoration der Blutmassen aus dem Bronchialsystem nicht zu behindern. Es kann dadurch directe Erstickungsgefahr hervorgerufen und weiter eine frische Bronchopneumonie in der Nachcur erzeugt werden. Vf. hat zu wiederholten Malen eine Steigerung der Temperatur um 1—2°, kurz vor dem Auftreten der Blutung, constatirt. Er empfiehlt den dauernden Gebrauch des Extr. hydrastis Canad. Er verordnet dieses Präparat sofort nach stattgehabter Blutung 4 Wochen lang. Zuerst, d. h. 2 Wochen lang: 3mal täglich zu 30 Tropfen; die 3. Woche: 2mal täglich zu 30 Tropfen; die 4. Woche: 1mal täglich zu 30 Tropfen und in der späteren Zeit weitere 2 Wochen 2- bis 3mal wöchentlich zu 30 Tropfen. Irgend welchen schädigenden Einfluss durch diesen fortgesetzten Gebrauch des Extr. hydrastis Canad. hat Vf. nicht gesehen, der Nutzen schien entschieden gross, da bei notorisch vorhandener Disposition zu Blutungen

dieselben ganz oder theilweise ausbleiben. Es muss nur auf die Darmfunction geachtet werden, da zuweilen Verstopfung eintritt. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 1, 1899.)

Die Einwirkung des Radfahrens und anderer sportlicher Thätigkeit auf das Herz. Von Dr. G. Altschul.

Vf. hat die Veränderungen des Herzens bei Radfahrern, Bergsteigern und Turnern studirt. Die Schlüsse, die er aus seinen Beobachtungen zieht, sind folgende: 1. Jede auf längere Zeitdauer sich ausdehnende Muskelleistung, bei der grössere Muskelgruppen in schneller Folge gleichmässig in Anspruch genommen werden, veranlasst eine bedeutende Steigerung der Herzthätigkeit und der Athmung, die je nach Veranlagung in verschieden kurzer Zeit zu einer physiologischen Vergrösserung des Herzens führt, welche sich im Ruhezustand nach einiger Zeit wieder zurückbildet. 2. Die Höhe der Pulsschläge allein gibt keinen greifbaren Anhaltspunkt für die Entscheidung der Frage, welche Zahl erreicht werden darf, ehe die pathologische, d. h. nicht mehr zur Restitutio ad integrum kommende Ueberdehnung der Herzwände eintritt. Die Schwankungen sind hier individuell sehr gross. Vf. fand, besonders beim Bergsteigen, dass Personen mit 140 und mehr Pulsschlägen stets längere Zeit sehr mitgenommen und verfallen aussahen.

Ueber das Radfahren speciell bemerkt Vf. Folgendes: Die Ansicht, dass es eigentlich ein Treppensteigen im Sitzen vorstelle, ist nicht richtig. Beim Treppensteigen findet ein Transport des Körpers nach der oberen Stufe statt, es handelt sich um Hebung der Körperlast. Beim Radfahren dagegen ist der Modus ein anderer. Bei der Fortbewegung besteht der zu überwindende Widerstand nur in der Reibung, welche die Räder unter dem Einfluss des Körpergewichtes und Radgewichtes am Boden erleiden + dem Widerstand in der Tretkurbel. Diese zusammen sind aber viel geringer als das Körpergewicht überhaupt. Was aber dennoch das Radfahren zu einer Arbeit stempelt, anstrengender wie ein gemässigtes Bergsteigen, ist in erster Linie der Umstand, dass beim Radfahren die Musculatur fast des ganzen Körpers in Anspruch genommen ist. Dazu kommt noch der Umstand, dass die geistige Aufmerksamkeit auf die Bodenbeschaffenheit, Fuhrwerke, Fussgänger u. s. w., das viele Ausweichen einen vom Gehirn ausgehenden Einfluss auf Puls und Athmung haben. Schlechter Boden, Gegenwind, Steigungen des Terrains verlangen

sofort auch eine ungleich grössere Kraftleistung, weil da erst eine wirkliche Hebung der Körperlast + Radgewichtes nothwendig wird. Bei ansteigender Fahrt, besonders wenn sie länger dauert, pumpt sich daher der Radfahrer sehr rasch aus und das sind die Gelegenheiten, wo es zu definitiven Dehnungen des Herzmuskels und deren Folgen kommt, die umso leichter eintreten, je älter der Fahrer und je brüchiger seine Arterien sind. Auch ist es dem Radfahrer aus verschiedenen Ursachen viel weniger leicht, sein Tempo zu mässigen, wie dem Bergsteiger. Die subjective Athemnoth, die als Warnungssignal anzusprechen ist, zeigt sich beim Radfahren viel weniger und später als beim Turnen und Bergsteigen. Das Fehlen oder Späteintreten derselben kann zu bedenklichen Consequenzen führen. Man soll daher nur solchen Personen das Radfahren erlauben, deren Herz, Gefässe und Lungen gesund sind.

Ein Massstab, welche Leistung der Einzelne ohne Schaden absolviren darf, ist an dem Allgemeinbefinden. Wer nach vollendeter Tour ordentlich essen kann, sich allgemein wohl fühlt, kein unmittelbares Schlafbedürfniss zeigt und die folgende Nacht hindurch gut, ohne unruhige Träume schläft, der hat sich nicht übernommen, gleichgiltig, wie gross die Tour war.

Von Neurasthenie und Chlorose eignen sich nur leichte Formen für diese Behandlung oder schwere im Stadium der wesentlichen Besserung. Vorzüglich ist der Erfolg bei chronischer Verstopfung, vornehmlich der Frauen. Insbesondere jedoch weist Vf. hin auf die schnell und sicher zu erzielende Gewichtsabnahme und Entfettung bei Adipositas. Hier übertrifft das Radfahren an Schnelligkeit und Nachhaltigkeit des Erfolges alle anderen physikalischen Methoden, wie Turnen, Zander'sche Gymnastik und Bergsteigen, zum Theil vielleicht deshalb, weil es öfter und bequemer betrieben werden kann. Vf. hat an sich selbst folgende Beobachtung gemacht: Durch regelmässiges Turnen und gelegentliches Bergsteigen hatte er ein constantes Gewicht von netto 70 kg; seitdem er radfahrt, meistens nur mittlere Entfernungen des Nachmittags, ist sein Gewicht bei vollkommenem Wohlbefinden und vorzüglicher körperlicher Leistungsfähigkeit auf 64 kg herabgegangen (er steht jetzt im 60. Lebensjahr). Dass mässiges Radfahren die Körper- und speciell die Herzkraft nicht schädigt, zeigt folgende Beobachtung: An einem warmen Junitag dieses Jahres fuhr Vf. Nachmittags circa 30 km in zwei Stunden

und turnte dann noch eine Stunde an verschiedenen Geräthen in der Turnhalle. Zum Schluss kamen Sprungübungen. Die höchste Leistung betrug in den letzten Jahren stets 130 cm im Freihochsprung. An diesem Tage sprang Vf. zum ersten Male 135 cm, ohne das Seil zu berühren. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 49, 1898.)

Zur mechanischen Behandlung des Hautödems (subcutane Schlauchdrainage). Von Dr. Fürbringer.

Vf. wendet statt der Metallcanüle einen Gummischlauch an. Sein Verfahren ist folgendes: Der eingestochene Troikar (mit 5—6 mm Lichtung) wird parallel zur Hautoberfläche möglichst flach, bezw. hart am Corium weitergeführt und schliesslich die Haut am entgegengesetzten Ende durchgestossen, der Unterhautraum also tunnellirt. Sofort wird ein circa zwei Meter langer, die Metallröhre bequem (aber nicht zu locker) passirender Gummischlauch, der in seiner Mitte etwa drei Drainlöcher auf der Strecke von einigen Centimetern trägt, so weit eingeführt, dass der durchlochte Abschnitt dem Stichcanal entspricht, und der Troikar über den Schlauch weg abgezogen. Letzterer hängt dann mit seinen beiden (in Sperrflüssigkeit tauchenden) Enden, einer am Scheitel festgehakten Haarnadel ähnlich, herab, und es bedarf bei dieser Gleichgewichtslage keiner weiteren Anheftung. Es genügt ein einfacher lockerer antiseptischer Verband. Der Schlauch wird von seiner vitalen Umgebung bald derartig fest umschlossen, dass bemerkenswerthe Mengen von Flüssigkeit aus den beiden Wundöffnungen nicht mehr heraussickern. Die ganze Procedur erfordert, sofern Operationsfeld und Requisiten desinficirt bereit liegen, zur ganzen Ausführung einiger Minuten. Der Einstich schmerzt mehr weniger, und es kann bei Sensibeln der Stichcanal noch eine Zeit empfindlich bleiben. Später wird bei der Geschmeidigkeit des Fremdkörpers eine Beschwerde nicht oder kaum mehr empfunden. Um den Abfluss der Anasarkaflüssigkeit zu steigern, hat Vf. auch zwei solcher Tunnels in naher Nachbarschaft angelegt und mit einem Schlauch armirt. Mehr Stichcanäle sind nicht zu empfehlen. Will der Kranke das Bett vorübergehend verlassen, so wird der Schlauch um die betreffende Extremität gewickelt und durch eine Liliput-Klemmpincette geschlossen. Der Schlauch wird auf bequemste Weise mittels einer Spritze gereinigt, bezw. etwaige Verstopfungen durch Fibrin- oder Blutgerinnsel ohne Abnahme des Verbandes beseitigt. Versiegt der Abfluss, was meist innerhalb

der ersten beiden Tage der Fall sein wird, so wird der Schlauch durch Zerschneiden dicht am Austritt aus der Haut entfernt, nicht — der Gefahr der Reizwirkung oder Infection halber — in ganzer Länge durch die Wunde gezogen, letztere verbunden.

Vf. hat das neue Verfahren bisher sechs Mal geübt. Die Menge der innerhalb der ersten 12 Stunden abgelaufenen Oedemflüssigkeit betrug bis zu einem Liter. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1, 1899.)

Ueber die Technik der Einführung des Magenschlauches. Von Dr. Karl Berger.

Zur Erlangung von Mageninhalt, sei es des nüchternen Magens, sei es nach dem Ewald-Boas'schen Probefrühstück, sei es nach dem Leube-Riegel'schen Probemittagessen, bedient man sich heute im Wesentlichen zweier Methoden: der sogenannten Aspirationsmethode und der Ewald-Boas'schen Expressionsmethode. Die Letztere ist die einfachste und gefahrloseste, für den Arzt die bequemste; sie stützt sich darauf, dass man jeder Zeit nach Einführung des Magenschlauches den Inhalt durch die Wirkung der Bauchpresse erhalten kann.

Vf. beschreibt ausführlich die Technik der Einführung des Magenschlauches. Man benöthigt zu derselben drei Stühle, zwei Wassereimer, ein Glas mit Wasser und ein Gefäss zum Auffangen des Mageninhalts. Der Arzt setzt sich dem Kranken gegenüber, welchem zweckmässig ein Handtuch oder eine Schürze zum Schutze etwaiger Beschmutzung durch Speichel oder Mageninhalt vorgebunden oder vorgesteckt wird. Der Kranke nimmt eine nach vorn etwas übergeneigte Haltung ein, seine Beine sind gespreizt, die Füsse stehen in ihrer ganzen Fläche auf dem Fussboden, die Fussspitzen auswärts gerichtet, die Haken fest auf dem Boden. Beachtet man letzteres nicht, so geschieht es häufig, dass dem Patienten anfangen die Knie zu zittern, ein Umstand, der nur geeignet ist, die Angst des Kranken zu vermehren. Auch der Kopf ist so nach vorn geneigt, dass das Kinn die Brust fast berührt, die Hände ruhen auf den Knien. Zwischen den Füssen des Kranken steht ein leerer Eimer und rechts vom Arzte, dicht neben dem Stuhl, auf welchem er sitzt, ein anderer, in dem, der zu einem Viertel mit lauem Wasser gefüllt ist, der Magenschlauch liegt. Links vom Arzte stellt man den dritten Stuhl mit einem Glas mit Wasser, das nach der Procedur dem

Kranken zum Ausspülen des Mundes dient, und das Gefäss zum Auffangen des Mageninhalts.

Nachdem Vf. etwaige künstliche Zähne hat entfernen lassen, beginnt er die Procedur mit folgenden Worten: „Bitte, behalten Sie stets diese gleiche Körperhaltung inne; Sie schlucken selbst; hierbei kommt nun ein Augenblick, in welchem Sie glauben, Sie bekämen keinen Athem mehr; dies kommt daher, weil Sie vergessen, Athem zu holen. Ich merke dies sofort und mache Ihnen dann vor, wie Sie Athem zu holen haben; dies geschieht dann in folgender Weise.“ Ich hole nun laut Athem und spreche bei jeder Ausathmung ein lautes a. „Sehen Sie, sobald ich in der eben vorgemachten Weise Athem hole, machen Sie mir dies in gleicher Weise nach.“

Nun nimmt man den Schlauch in die rechte Hand wie eine Schreibfeder, lässt den Kranken den Mund öffnen und ihn den Vocal e aussprechen. In diesem Augenblicke schiebt man den Schlauch über den Zungenrücken oder seitlich von demselben in den Sinus pharyngolaryngeus. Jetzt lässt man Schluckbewegungen ausführen, nunmehr gleitet der Schlauch, indem man ihn langsam vorschiebt, in die Speiseröhre und in den Magen. Gewöhnlich hört der Patient, sobald er seine Schluckbewegungen gemacht hat, auf zu athmen; man beginnt hörbar Athem zu holen und hält den Kranken an, es nachzumachen. In der Regel tritt, sobald der Schlauch den Magengrund berührt, die Wirkung der Bauchpresse in Thätigkeit; man hält daher den Schlauch mit dem Daumen und Zeigefinger der rechten Hand zugedrückt, bis man das Gefäss zum Auffangen des Mageninhalts mit der linken Hand ergriffen hat, in welches nun der herausgepresste Inhalt hineinlauft. Wird zu wenig hievon gewonnen, so schiebt man den Schlauch etwas tiefer und zieht ihn langsam wieder hervor, fordert auch den Kranken auf, zu pressen, als wenn er zu Stuhle ginge. Langsam zieht man jetzt den Schlauch, ohne ihn etwa zuzudrücken, heraus, legt ihn in den rechts stehenden Eimer und reicht dem Kranken ein Glas Wasser zum Mundspülen, womit die ganze Procedur ihr Ende erreicht hat; sie dauert etwa 1—2 Minuten.

Folgende Punkte sind besonders zu beachten. Die nach vorn übergebeugte Haltung des Patienten muss stets eingehalten werden. Der Kranke muss über die Procedur aufgeklärt werden, bevor man sie beginnt, und es muss ihm besonders vorgemacht

werden, wie er laut Athem zu holen hat. Die Methode, nach welcher die Patienten den Magenschlauch sich selbst einführen, ist nur in seltenen Fällen ausführbar.

Bei der Schlaucheinführung bei Kindern lässt man die Mutter das Kind auf den Schoss nehmen und von dieser die Hände festhalten. Unter Leitung des Mittel- und Zeigefingers der linken Hand führt man den Magenschlauch mit der rechten Hand ein. Man lässt das Kind in ein grosses Tuch einwickeln, dass es die Hände nicht bewegen kann, und die Mutter dann eine Hand frei hat, um das Ende des Schlauches zu fixiren, was bei einer Magenspülung, die gewöhnlich angeschlossen wird, unbedingt nöthig ist. Im äussersten Falle kann man die Einführung durch die Nase bewerkstelligen.

Für den Praktiker genügen zwei Magenschläuche: ein dünnerer für Kinder, ein stärkerer für Erwachsene. In Nothfällen kann jeder genügend lange Gasschlauch als Magenschlauch verwendet werden. Ein Einfetten der Schläuche vor der Einführung mit Oel, Fett oder Vaseline ist entbehrlich. Durch Einlegen in laues Wasser erlangen sie einen genügenden Grad von Schlüpfrigkeit. Die Desinfection der Schläuche geschieht in kochendem Wasser, dem man etwas Soda zugesetzt hat, oder in strömendem Wasserdampfe in dem zu diesem Zwecke construirten Sterilisator von Kuttner.

Die Gegenanzeigen der Magenschlaucheinführung sind nicht besonders zahlreich. Verdacht auf ein frisches Magengeschwür oder eine kurz vorhergegangene Magenblutung, Peritonitis oder peritonitische Reizungen, Verschlucken von concentrirten Mineralsäuren, Carbolsäure, kaustischen Alkalien, Aortenaneurysma; weit vorgeschrittene Schwangerschaft, incompensirte Herzfehler, Verdacht auf Oesophagusvaricen, wie dies bei der Lebercirrhose mitunter vorkommt, übergrosse Schwäche und hohes Fieber.

Bei übergrosser Reflexerregbarkeit des Rachens und bei der chronischen Rachenentzündung der Raucher und Alkoholiker empfiehlt es sich, Zäpfchen und Rachen durch anästhesirende Mittel weniger empfindlich zu machen. Dazu genügt gewöhnlich eine einmalige Bepinselung mit einer 2%igen Lösung von Cocaïn oder Eucainum muriaticum. Auch das Zergehenlassen von ein bis zwei Pfefferminzplätzchen im Munde ist ein gutes Mittel, um den Würgreiz zu mildern. Vf. macht von den Pinselungen nur einen beschränkten Gebrauch. In der Regel kommt er mit Pfefferminzplätzchen aus. Er prüft stets bei der ersten Untersuchung

die Reflexerregbarkeit des Rachens durch Berühren der hinteren Rachenwand und etwa noch des Zäpfchens mit dem Spatel. Kommt es nicht darauf an, den vorhandenen Mageninhalt zu verdünnen, so kann man einige Schlucke kalten Wassers trinken lassen, bevor man den Schlauch einführt. Ganz entschieden ist es zu verwerfen, den Magenschlauch mit einem Mandrin einzuführen. Man verwandelt den Schlauch damit in eine mehr oder weniger solide Röhre oder Sonde und hat dann alle Gefahren der früheren harten und wenig biegsamen Magensonden.

Bei der Magenschlaucheinführung können folgende üble Zufälle vorkommen. Es kann zunächst zu erheblicher Cyanose und Erstickungsgefahr kommen. Die Ursache ist entweder die, dass der Kranke vergisst Athem zu holen, oder der Schlauch geht statt in die Speiseröhre in die Luftröhre; dies ist daran erkenntlich, dass bei jeder Ausathmung pfeifend Luft aus dem Magenschlauch herausgestossen wird. Im ersteren Falle hat man darauf zu achten, dass der Kranke stets hörbar Athem holt, im zweiten zieht man den Schlauch langsam heraus. Bei hysterischen Personen, bei welchen häufig gänzliches Fehlen der Rachenreflexe besteht, kommt der letztere Fall besonders oft vor. Gelingt es bei einem zweiten oder dritten Versuche nicht, den Schlauch in den Magen zu bringen, so muss man ihn unter Führung des Zeige- und Mittelfingers der linken Hand einführen. Nur in diesen Fällen und bei Kindern soll man allenfalls die Finger gebrauchen, im Uebrigen soll der Arzt den Patienten nicht anrühren. Sollte es bei der geschilderten Einführungsart einmal zu einer Blutung kommen, so suche man den Kranken zu beruhigen; das käme öfters vor und habe durchaus nichts auf sich. Es ist auch in der That so. Ist die Blutung sehr stark, so könnte vielleicht ein Varix im Magen oder Oesophagus geplatzt sein. Man ziehe langsam den Schlauch heraus und behandle den Fall wie eine frische Magenblutung. In mehreren 1000 Fällen sind Vf. und Anderen derartige Zufälle nicht zugestossen.

Leube berichtet von einer Kranken, welche den Schlauch verschluckt hatte; nach einigen Wochen wurde er durch Erbrechen wieder herausbefördert. Vf. behält daher stets das Sondenende in seiner Hand, und nur bei verständigen Patienten lässt er es allenfalls von diesen festhalten, wenn er Magenspülung anschliesst. — (Reichs-Medic.-Anzeiger, Nr. 23, 1898.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Die Behandlung der perniciösen Anämie des Puerperalzustandes. Von Dr. Ch. Vinay.

Die perniciöse Anämie kann sich einstellen während der Schwangerschaft, im Verlaufe des Wochenbettes, oder auch in der Lactationsperiode. Gewöhnlich hat die Schwangerschaft eine Vermehrung der Blutkörperchen zur Folge; unter ungünstigen Umständen, schlechter Ernährung, Blutungen, gehäuften Schwangerschaften, verlängerter Säugung tritt das Umgekehrte ein. Störungen der Verdauung, unstillbares Erbrechen, fortgesetzte Diarrhöen, Dysenterie führen dann weiter bis zur höchsten Anämie. Es kommt zu Störungen in der Function der blutbildenden Organe.

Prophylaktisch sind demnach alle diese Störungen zu beseitigen. Bei fortschreitendem Process kann sich sogar die Frage aufdrängen, ob nicht die Schwangerschaft zu unterbrechen wäre. Wohl verläuft die Geburt bei solchen Frauen in der Regel spontan; häufig stirbt aber das Kind zuvor ab. Geschieht dies erst sehr spät, so wird das Fortschreiten der Anämie dadurch nicht aufgehalten.

Zur Bekämpfung der Krankheit wurde schon vieles versucht. Die Transfusion ergab nur spärlichen Erfolg. Venöse Kochsalzinjectionen sind zu verwerfen. Das einzige Mittel, von dem Vf. Besserung erzielte, war das Arsen. Man kann es durch den Magen, subcutan oder vom Mastdarm aus anwenden.

Durch den Magen kann das Mittel nicht lang verabfolgt werden, es widersteht bald, erzeugt Appetitlosigkeit und man kann nicht die nöthige Höhe der Dosis erreichen. Subcutan verursacht Arsen unangenehme Localerscheinungen, trotz aller angewandten Antiseptik: Schmerz, Infiltration, selbst Abscesse und Gangrän. Vf. hat eine von Ziemssen herrührende Vorschrift genau befolgt, hat eine einfachere Modification selbst ersonnen, stets musste die Behandlung bald aufgegeben werden.

Die rectale Injection verdient den Vorzug, doch soll die Menge nie 5 g überschreiten, da sonst wieder Beschwerden auftreten. Das Arsen wird nach der Formel: Aqua dest. 56 g, Liquor Fowleri 4 g verwendet. Von der Lösung sind Früh und Abends je 5 g, später dreimal täglich dieselbe Menge in den Mastdarm einzuspritzen. In besonders schweren Fällen vermehrt

man die Fowler'sche Tinctur, 5 g auf ebenso viel destillirtes Wasser, wie oben. Bei täglich dreimaliger Injection entspricht dies 15 mg Acidi arsenicosi.

Diese Medication kann man lange fortsetzen, ohne Beschwerden oder Tenesmus hervorzurufen. Als einzige Gegenanzeige wäre andauernde Diarrhöe zu nennen. Zur Ernährung verordne man ausserdem Ei, Bouillon mit Ei, Milch, Kephir, frappirten Champagner, gehacktes Fleisch. Man kann auch Sauerstoffinhalationen zu 15 l-Dosen vor der Mahlzeit anordnen. — (Médic. mod. Nr. 54, 1898.) H.

Zur Entstehung und Behandlung des Haematoma vulvae der Neuentbundenen. Von Prof. H. Löhlein.

Vf. hat fünf solche Fälle beobachtet; drei davon boten nichts Bemerkenswerthes. In einem Falle war bei einer mit Nephritis und Albuminurie behafteten Wöchnerin wenige Stunden post partum eine faustgrosse Blutgeschwulst der linken Schamlippe aufgetreten, die sich auf den Damm und die para- und retroanale Gegend fortsetzte. Aus einer Oeffnung im linken kleinen Labium sickerte Blut.

Es wurde breit incidirt, das Coagulum ausgeräumt, die neugebildete Höhle mit Jodoformgaze ausgestopft. Die Heilung erfolgte anstandslos.

Im letzten Falle trat die Blutgeschwulst nach einer Sturzgeburt in gebückter Haltung der Gebärenden auf. Die anfangs gänseeigrosse Geschwulst wuchs in einigen Stunden bis zur Faustgrösse, dabei continuirliche Blutung aus mehreren Rissen, besonders der vorderen Commissur. Da trotz mehrfacher Umstechungen die Blutung andauert, wird die Schleimhaut über der Blutgeschwulst gespalten, das Coagulum entfernt, durch diese Umstechung der ganzen Höhle werden ihre Wandungen einander genähert. Es musste aber noch durch über eine Stunde die Compression ausgeübt werden. Nur in den ersten Tagen geringes Fieber.

Auf Grund seiner Erfahrungen ist Vf. für ein actives Vorgehen, nur bei Blutgeschwülsten bis etwa Nussgrösse genügt die gewöhnliche Behandlung: Bettruhe, Eisblase. Durch breite Incision kommt man auf die Quellen der Blutung und kann diese sicher stillen, doch darf man die Neuentbundene auch nach der Umstechung und Vernähung der Höhle oder nach deren Ausstopfung nicht verlassen, bevor man sicher ist vor einer

späteren Nachblutung. Selbstverständlich sind aseptische Hände und Utensilien hiezu unerlässlich. — (Centralbl. f. Gynäkol. Nr. 10, 1897.) H.

Zur Therapie der Eklampsie und des Status eclampticus. Von Dr. M. Hönig.

Ist das Herz einer Eklamptischen gesund, wird ihr Körper von beengenden Kleidern befreit und tiefe Narkose mit Chloroform und Aether ãã eingeleitet. Ist diese erreicht, so injicirt Vf. sofort mittels Pravaz'scher Spritze 0·02 Morphium, zuerst an der Streckseite des einen Unterarmes und darnach ebensoviel Morphium am anderen Unterarm.

In einem Falle wurde nur einmal 0·02 injicirt, und es stellte sich nach drei Stunden ein neuer Anfall ein, der erst durch neue Narkose und neuerdings durch 0·02 Morphium coupirt werden musste. In diesem Falle sank nach der Narkose und einmaliger Morphiuminjection die Zahl der Athemzüge nicht auf acht, wie das nach zwei Injectionen einzutreten pflegt und vier Stunden lang dauert. Hier beobachtete auch Vf., dass ungefähr 1/4 Stunde vor dem neuen Anfalle der Puls, der während des Anfalles und eine geraume Zeit nachher über 100, 132 war, ja sogar bei zwölf Athemzügen über 100, plötzlich auf 80 herabsank. Nach den zwei Injectionen blieb der Puls bei acht Athemzügen durch mehr als vier Stunden um 100 herum und nahm die Pulszahl nur in sehr langsamem Tempo ab, nie innerhalb vier Stunden, so dass der Puls acht Stunden nach der Narkose zwischen 84 und 88 Schläge betrug. Ebenso nimmt die Zahl der Athemzüge zu; während, wenn ein neuer Anfall innerhalb vier Stunden kommt, mit schnellem Abfall die Pulszahl abnimmt. — (Ung. med. Presse, Nr. 1, 1899.) H.

Behandlung der Uterusfibrome mit Mammaextract und der kranken Ovarien mit Parotisextract. Von Dr. John B. Schober.

Vf. benützte zweierlei Präparate. Das eine wird durch einfaches Trocknen der betreffenden Drüsen hergestellt und in Pulverform oder in Tabletten verabreicht. Das andere besteht aus dem Pulver der getrockneten Drüsen nach Entfernung aller indifferenten Bestandtheile, wie des Bindegewebes, Fettes etc.

Vier Fälle von Uterusmyomen wurden zuerst mit letzterem Präparate, nach dessen Ausgehen mit ersterem behandelt. Die Kranken bekamen dreimal des Tages 2 1/2 Gran Mammaextract in Gelatinekapseln, also pro die etwa 0·5 des zweiten Präparates,

später Tabletten zu 12 Gran, also nahe an 1·0 des ersten; ansteigend bis sechs Tabletten täglich, nachdem für den Anfang nur dreimal täglich je eine Tablette verabfolgt worden war. In solcher Weise wurde die Behandlung etwa 3—4 Monate lang fortgesetzt.

Die unregelmässigen Blutungen hörten in allen Fällen auf, die Menstruation wurde regelmässig, die früher bestandene Dysmenorrhöe verschwand. In zwei Fällen verkleinerte sich die Geschwulst um ein Bedeutendes, in einem Falle war die Verkleinerung nicht auffällig, im letzten Falle trat eine solche überhaupt nicht ein.

Dagegen kamen in zwei Fällen heftige, krampfartige Schmerzen in der Geschwulst vor, als die Dosis von sechs Tabletten pro die erreicht war, so dass deren Zahl auf drei Tabletten pro die reducirt werden musste.

In den vier Fällen von ovarialer Erkrankung waren die Ovarien vergrössert und schmerzhaft, zumeist auch die Tuben mit afficirt, verdickt und gegen Druck empfindlich. Hier wurde Parotisextract der zweiten Herstellungsweise in derselben Menge pro die verabfolgt, wie das Mammaextract in den vorigen Fällen.

Nach 3—4monatlicher Behandlung trat entweder völlige Genesung oder doch eine wesentliche Besserung ein. Gleichzeitig wurde aber die übliche Localtherapie mit Ichthyolglycerin-Tampons durchgeführt, so dass es recht zweifelhaft erscheint, ob die Extract-Medication am Erfolg participirt. — (The Amer. Journ. of Obstetr. Sept. 1898.) H.

Vorläufige Mittheilung über die Wirkung des Stypticins bei Gebärmutterblutungen. Von Dr. H. J. Boldt.

Die vom Vf. binnen 16 Monaten gesammelten Erfahrungen lauten: Bei menstruellen Blutungen junger chlorotischer Mädchen, ohne pathologisch-anatomisches Substrat, war der Erfolg ein günstiger, nur die Dysmenorrhöe verblieb. Von sechs Fällen wurden drei dauernd geheilt, bei zweien musste die Behandlung wiederholt werden, eine entzog sich der Beobachtung.

Ebenso günstig war der Erfolg bei menstrualen Blutungen nichtchlorotischer Multiparae mit mässig vergrösserten Ovarien. Nur einmal negatives Resultat.

Unregelmässiger Blutverlust nach Entbindungen infolge von Placentapartikel oder Deciduaretention wurde nach vorheriger Ausräumung des Inhaltes prompt zum Stillstand gebracht; dagegen war bei Blutungen infolge adhärenter Pla-

centapartikel ohne vorherige Ausräumung nicht der geringste Erfolg erzielt.

Durch Para- und Perimetritis nach Abort verursachte Blutungen wurden günstig beeinflusst; ebenso die nach ausgetragener Schwangerschaft, aus gleichen Ursachen entstanden.

Blutungen wegen Myom und Carcinom wurden nicht im Geringsten vermindert.

Bei Blutungen wegen Endometritis haemorrhagica zeigte sich kein bemerkbarer Einfluss vor der Abrasio mucosae uteri. Hielt aber dann noch die Blutung an, war der Erfolg mit Ausnahme eines Falles günstig. Auch bei fungöser Endometritis versagte das Mittel.

Bei Blutungen infolge von Metritis chronica und Endometritis war zum Theil ein mässig günstiges Resultat, zum Theil ein vollständiger Misserfolg zu verzeichnen.

Eine Blutung bei Retroflexio uteri mit chronischer Endometritis wurde ungenügend beeinflusst.

Die Behandlung klimakterischer Blutungen zeigte sehr günstige Resultate. In einem Falle ohne nachweisbare Ursache für die Blutung war die Behandlung nach vorheriger vergeblicher sonstiger Bemühung von dauerndem Erfolg.

Die von reiner Subinvolutio uteri puerperalis herrührenden Blutungen reagirten mit einer Ausnahme sehr prompt auf den Gebrauch des Mittels.

Blutungen infolge Peri- und Parametritis traumatischen Ursprungs ergaben ein sehr zufriedenstellendes Resultat. — (New-Yorker med. Monatsschr. Nr. 12, 1898.) H.

Ueber eine Methode der Einleitung von Frühgeburt und Abortus. Von Dr. Max Perlsee.

Einführung eines zweiklappigen Speculums, Sublimatspülung der Vagina und Portio, Einführung eines etwa $^3/_4$ bis 1 cm langen, ungefähr 3 mm dicken Stäbchens Argent. nitr. mittels eines Aetzmittelträgers. Der Stift wird knapp über dem inneren Muttermund deponirt; das Passiren des Letzteren ist leicht und sicher zu fühlen.

Der Aetzstift soll zum Theil aus dem Träger herausragen. Das Argent. nitr. desinficirt den zu passirenden Cervixcanal. Der Eingriff dauert nur wenige Minuten, kann ohne Assistenz auch in der ärmlichsten Privatpraxis unternommen werden.

In vier Fällen hat sich die Methode prompt bewährt.

Darunter waren zwei Fälle von Nephritis mit drohender, beziehungsweise schon vorhandener Urämie (7 und 8 Monate), zwei Fälle von Hyperemesis gravidarum (2½ und 3 Monate).

Im ersten Falle tadellose Entbindung einer abgestorbenen Frucht. Im zweiten Falle lebendes Kind, trotz erschwerter Geburt wegen Oedem der Labien. Die eine Nephritis heilte p. ab. ab; die andere ist chronisch geworden, steht noch in Behandlung.

Zur Unterstützung des Eingriffes gibt man Secale intern. Die Wehen setzen zwei, drei bis sechs Stunden nach der Operation prompt und kräftig ein. Das Resultat war sowohl bezüglich der Entbindung wie auch für das Wochenbett tadellos. In allen Fällen blieb das Ei intact, zeigte keine Spur einer Anätzung.

Die Einleitung des Abortus gestaltet sich demgemäss höchst einfach, ohne grosse Vorbereitung, die Asepsis ist gesichert, der Erfolg und rasches Eintreten prompt. — (Prag. med. Wochenschr.)

H.

Augenheilkunde.

Behandlung des Ulcus corneae serpens. Von Dr. Wolffberg.

Ueber die Behandlung des Ulcus serpens ist schon so Vielerlei geschrieben worden, schon so zahlreiche Verfahrungsweisen angegeben worden, die alle sicher helfen, den Process aufhalten, dass der praktische Arzt, sollte man meinen, genügend gut erprobte und gut durchgebildete Methoden zur Verfügung hätte. Dem ist jedoch nicht so, das Papier ist geduldig und widerspricht nicht, wenn es heisst, die Methode nach Sämisch hat glänzende Heilresultate, oder die Glühschlinge zerstört sicher alles Krankhafte und verhindert das Weiterschreiten des Processes, oder Jodoform, in neuester Zeit Airol und die gelbe Salbe wirken antiseptisch und sind gleichsam Specifica gegen eitrige Hornhauterkrankungen. Der erfahrene Arzt hat alle diese Methoden versucht, hat mit ihnen ganz sicher günstige, ja oft glänzende Resultate erzielt, aber oft haben sie ihn auch in Stich gelassen. Wir sind daher für jedes neue Verfahren, das unser Rüstzeug gegen das Ulcus serpens vermehrt, sehr dankbar. W., der offenbar von denselben Erfahrungen und demselben Gedankengang ausgeht, hat nun in neuester Zeit, in einem Falle, wo die gelbe Salbe versagte, eine Paste mit Bolus alba angewendet. Das Ulcus serpens hatte bereits fast die ganze Hornhaut,

übrigens ohne Perforation, eingenommen, das Hypopion füllte zwei Drittel der Vorderkammer; die Punction schien unvermeidlich. Es wurde nun die Geschwürsfläche mittels Glasstäbchens mit der genannten Paste (Bolus alba 10·0 Formalinlösung gutt. quinque auf 100 Aqu. — 5·0) dick bestrichen und darauf geachtet, dass das Auge möglichst lange offen blieb. Spülte der Lidschlag die Paste zu schnell herunter, so wurde die Procedur nach einer Weile wiederholt, schliesslich wurde die Paste eingestrichen und das Auge mit trockener Watte verbunden. Die anfänglichen Schmerzen liessen bald nach. Die Behandlung wurde dreimal täglich ausgeführt und ergab sofortige Reinigung der Geschwürsränder und Abnahme des Hypopions, so dass vom dritten Tage ab die Paste nur zweimal täglich benützt und jedesmal ohneweiters eingestrichen wurde. Die Heilung machte dann rasche Fortschritte.

Seitdem hat W. von der Formalin-Boluspaste in den verschiedensten Fällen von Hornhautgeschwüren unter Anderem auch bei scrophulösen Infiltraten mit Blepharospasmus Anwendung gemacht und stets guten Erfolg gehabt.

Referent hat ebenfalls eine Bolus alba-Paste des Oefteren angewendet und war mit den Resultaten nicht unzufrieden. — (Wochenschr. f. Ther. u. Hygiene d. Auges, 2. Jahrg. Nr. 48.)

Königstein.

Natur und Behandlung des Glaukoms. Von Dr. Abadie.

A. fasst das Glaukom als verursacht durch fortwährende Reizung der Vasodilatatoren auf. Unter anderen Gründen bringt A. die Wirkung des Atropins und Eserins als Stütze seiner Theorie vor, von denen das Erstere, das Gefässerweiternde, Glaukom hervorruft, das Zweite, das Gefässverengernde, das Glaukom bekämpft. Er wendet daher eine Mischung beider Miotica an. Die Anwendung des Mioticums hält wohl den Process auf, aber beseitigt ihn nicht, man muss daher die vasodilatatorischen Nerven selber angreifen, indem man den Sympathicus angeht. In der That hat Gerard Marchand in einem Falle von weit vorgeschrittenem chronischen Glaukom das Ganglion cervicale supremum auf beiden Seiten entfernt uud dadurch augenblicklichen Abfall des intraoculären Druckes erzielt, der sich auch erhalten hat. Man darf daher nach der Meinung A.'s sich der Hoffnung hingeben, dass das Glaucoma simplex chronicum, ein bis jetzt unheilbares Leiden, durch die Abtragung

des obersten Halsganglion, aus welchem die Vasodilatatoren des Auges stammen, mit Erfolg bekämpft werden kann.

In der Discussion bemerken:

Parent. Die vollkommene Heilung sei noch zweifelhaft, die Erfahrungen des Herrn A. seien noch zu jung, man darf aus diesen noch keine Schlüsse ziehen. Das Glaucoma chronicum simplex ist ein progressives Leiden, man kann es eben nur für eine Zeit aufhalten.

Vignes. Alle Operationen sind bei dieser Krankheit gefährlich, selbst eine einfache Sklerotomie kann totale Erblindung hervorrufen.

Chevallereau kann das Vertrauen auch nicht theilen. Jede Operation ist von schädlichem Einfluss, dagegen die Allgemeinbehandlung von Wirkung; diese Kranken sind Arthritiker, welchen man Colchicin, Bicarbon. Sod. etc. geben muss.

Sulzer findet es immer bedenklich, wenn man generalisirt; er verwendet stets concentrirte Lösungen der Miotica.

A. hat selbstredend die Allgemeinbehandlung nicht vernachlässigt, aber sie ist seiner Meinung nach nur eine Ergänzung der localen. Was die Schwierigkeit der Operation der Exstirpation des Ganglion betrifft, so scheint sie nicht sehr bedeutend zu sein, da bis jetzt trotz der grossen Anzahl von Operationen noch kein Todesfall vorgekommen ist.

In der nächsten Sitzung der Ophthalmologischen Gesellschaft vom 5. Juli stellt A. einen 50jährigen Kranken vor, bei dem er 14 Tage vorher das Ganglion cervicale supremum entfernt hatte. Am rechten Auge war wegen Glaukom vor zwei Jahren Iridektomie gemacht worden, die ohne Erfolg blieb und es musste die Enucleation vorgenommen werden. Am linken Auge entwickelten sich ähnliche Störungen. Als A. den Kranken sah, war der Druck erhöht, die Iris von deutlichen Blutgefässen durchzogen und mit Blut infiltrirt; nur Lichtempfindung, schliesslich sehr heftige Schmerzen, so dass die Befürchtung, dass auch das linke Auge von demselben Schicksale wie das rechte befallen werde, nicht unberechtigt war. Die gewöhnliche Medication gegen die Schmerzen war ohne Resultat, so dass er schon an die Enucleation dachte. Da machte er noch den Versuch mit der Exstirpation des Ganglion cervicale supremum. Die Schmerzen verschwanden sofort und sind nicht wiedergekehrt. Die Spannung ist normal.

Valude kennt den Fall seit vier Jahren. Um diese Zeit zeigte der Kranke die Symptome des einfachen Glaukoms. Miotica wurden erfolglos angewendet, ebenso die Iridektomie, es traten bald Hämorrhagien auf, die zur Enucleation drängten. Vor 15 Monaten entstanden im linken Auge Netzhautblutungen; echte glaukomatose Symptome mit heftigen Schmerzen vor zwei Monaten. Nach einigen Tagen gingen die Erscheinungen zurück; nach 14 Tagen trat wieder ein neuer Anfall auf. Da also von selbst eine Remission aufgetreten war, so kann auf Grund dieses Falles weder für noch gegen die Operation ein Schluss gezogen wurden.

Despagnet meint, dass die Entfernung des Ganglion vielleicht die Schmerzen beseitigen könne, jedoch nicht die Gefässveränderungen, wie sie ja sicher beim hämorrhagischen Glaukom vorkommen, beeinflusse.

A. hält an seiner Meinung fest, nachdem der Kranke niemals früher eine solche Remission gezeigt und nicht allein die Schmerzen verschwunden seien, sondern auch die Spannung herabgesetzt worden sei. — (Progr. med. 1898.) Königstein.

Ueber die Wirkung des Protargol.

Valude hat nach dem Vorschlag von Darier bei einfachen Fällen als Conjunctivalkatarrhen, phlyktänulären Ophthalmien mit abundanter Secretion Protargol in einer 20%igen Lösung angewendet und dasselbe 2mal täglich instilliren lassen. Es verursachte keine Schmerzen und wies günstige Erfolge auf. Bei ernsteren Fällen wurde eine 50%ige Lösung angewendet; hier zeigte es sich aber weit inferior gegenüber den anderen Mitteln und besonders dem Argentum nitricum. Bei einem Kinde mit abundanter Secretion wurden anfangs Irrigationen mit Kalium hypermanganicum vorgenommen, die auch keinen schlechten Einfluss auf die Eiterung ausübten, dieselbe aber nicht sistirten. Es wurde 50% Protargol angewendet. Die Eiterung wurde stärker und die Cornea begann zu exulceriren. Das Protargol wurde ausgesetzt und das Argentum nitricum sistirte sofort den Process. Der zweite Fall betraf eine Ophthalmia gonorrhoica bei einem Erwachsenen. Protargol brachte wohl eine gewisse Besserung, aber übte keinen Einfluss auf den Krankheitsprocess; das Argentum nitricum beseitigte sicher und schnell die Eiterung. V. zieht folgende Schlüsse. Will man bei leichten Erkrankungen ein Ersatzmittel für Lapis benützen, das schmerzlos wirkt

dann ist Protargol am Platze, will man dies bei ernsten Erkrankungen thun, dann muss er, nach seinen Erfahrungen dagegen protestiren.

Despagnet theilt die Meinung von V. Es gibt aber auch Fälle, wo das Protargol schlecht ertragen wird, ja manchmal verursacht es auch heftige Schmerzen. In vier Fällen von Frühjahrskatarrh (ob Zufall?) wirkte es günstig.

Gorecki. Man muss zwischen kaustischer und antiseptischer Wirkung unterscheiden. Argentum nitricum vereinigt beide. Protargol besitzt nur die antiseptische und die genügt nicht immer.

Darier. Man kann das Argentum nitricum als das Heilmittel par excellence bei eitriger Conjunctivitis auffassen. Das Protargol habe sich ihm aber auch wirksam erwiesen, in 15 Fällen trat bei Anwendung von Protargol nach achttägiger Behandlung Heilung ein und versiegte die Eiterung. — (Progr. med. 1898.) Königstein.

Die Verwendbarkeit des Ciliarkörper und Glaskörperextractes in der Augentherapie. Von Dr. Felix Lagrange.

Vf. verwendet dieses Präparat bereits mehrere Monate und hat ihm den Namen Oculin gegeben. Es wird auf folgende Weise hergestellt: Man nimmt Ochsenaugen, die man sich so aseptisch wie möglich verschafft, und isolirt aus ihnen den Ciliarkörper und das corpus vitreum. Hierauf werden 100 g einer Mischung der so gewonnenen Körper mit 200 g neutralem sterilisirten Glycerin versetzt. Dies Gemisch bleibt unter öfterem Umschütteln sechs Stunden bis zur völligen Lösung des Glaskörpers stehen, worauf dann wieder 200 g sterilisirtes Wasser hinzugesetzt wird, so dass man eine Lösung 1 : 5 erhält. Diese wird geseiht und filtrirt und stellt dann eine gelblich klare Lösung dar, die sich unter den nöthigen Cautelen auch lange Zeit conserviren lässt.

Es wurde auch ein zweites Präparat zur subcutanen Verwendung angefertigt, indem zu der Maceration Ciliar-Glaskörper, Glycerin von 200 g so viel sterilisirte physiologische Kochsalzlösung hinzugefügt wurde, dass man 300 g Flüssigkeit erhält. Die peinlich filtrirte Lösung wurde in Röhrchen von 3 cm³ Inhalt abgefüllt.

Mit diesem Präparate wurde eine grössere Anzahl von Kranken behandelt, von denen nur fünf, deren Behandlung als abgeschlossen gilt, besprochen werden. Die ersten zwei hatten

eine ziemliche Menge Glaskörper während eines chirurgischen Eingriffes verloren. Beide erhielten innerlich Oculin; beide Augen zeigten nachher ein normales Volum und relativ günstiges Sehvermögen. Die drei übrigen Patienten litten an Netzhautablösung, die eine durch Trauma hervorgerufen, die beiden andern Augen waren hochgradig myopisch. Die traumatische Netzhautablösung dauerte bei einem zwölfjährigem Mädchen bereits ein Jahr, war weit ausgebreitet, nur ein kleines Stückchen des Gesichtsfeldes erhalten; Sehvermögen fast Null. Die Ablösung wurde punktirt, 14 Tage Rückenlage, einen Monat lang Oculin. Resultat S $^1/_8$, Gesichtsfeld beinahe normal, Netzhaut nur nach unten zu abgelöst. Der zweite Fall, Netzhautablösung bei Myopie, wurde ebenfalls erfolgreich behandelt, beim dritten wurde kein Resultat erzielt.

Der Vf. zieht keine weiteren Schlüsse aus diesen angeblichen Resultaten, er wird weitere Versuche machen, und die Resultate dann mittheilen. Warten wir diese ab. — (Ophthalm. Klin. Nr. 22, 1898.) Königstein.

Dermatologie und Syphilis.

Beiträge zur Kataphorese. Von Dr. Karfunkel.

Die Fähigkeit des constanten Stromes, Flüssigkeiten vom positiven zum negativen Pole durch feuchte poröse Scheidewände mit capillären Zwischenräumen hindurchzuleiten, nennt man Kataphorese. Dieses schon so oft bearbeitete Feld für die Therapie zu verwerthen, hat K. neue Versuche angestellt und dabei die Bestrebungen seiner Vorgänger mit Nutzen verwendet. Dass dieser rein physikalische Vorgang mit der Elektrolyse nichts gemein hat, ist selbstverständlich. Die Versuche K.'s müssen als gelungen angesehen werden, da es ihm bei allen Cautelen geglückt ist, Strychnin, Lithium, Chinin, Cocaïn, Apomorphin und Jodkalium und im elektrischen Bade Quecksilber in den Körper zu bringen. K. benützt als Elektrode plastischen Thon, der, mit dem einzubringenden Arzneistoff angerieben, eine für diese Zwecke sehr gute Elektrode abgibt. Neutral reagirende Stoffe müssen mit Säuren oder Salzen versetzt werden, um die Leitung zu ermöglichen und zu erhöhen. Stets ist die Anode als wirksam befunden worden, doch erschöpft sich nach einiger Zeit deren Wirksamkeit, weshalb durch Stromwechsel die Kathode zur Anode gemacht wird. In der Nähe der Anode tritt Hyperämie

auf. Die Menge der resorbirten Stoffe hängt von der elektromotorischen Kraft der Batterie, der Stromdichte, der Berührungsfläche und der Concentration ab. Allein diesen Factoren stehen andere Momente entgegen; mit der Intensität steigert sich auch der Schmerz an der Stelle, wo die Elektroden aufruhen; mit Zunahme der Berührungsfläche wird die Stromdichte verringert und mit Verdünnung des Mittels verringert sich die Menge wirksamer Arznei. Durch Einschaltung mehrerer Elektroden als Anoden hintereinander und durch entsprechende Verdünnung des Mittels und Steigerung der Intensität bis zu gewissen Grenzen lässt sich ein besseres Resultat erzielen. In der Zahnheilkunde soll auf diese Weise die Guajacolcocaïnanästhesie schon praktisch verwendbar geworden sein. Neisser in Breslau hat zum Zwecke der Gonorrhöebehandlung ebenfalls Versuche mit der Kataphorese gemacht, die nicht schlechte Resultate lieferten. — (Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 41, H. 1, 1897.)

Horovitz.

Die Finsen'sche Lichttherapie. Von Dr. Sophus Bang.

Um die therapeutische Wirkung und Bedeutung des Lichtes klar zu machen, stellte Finsen folgenden Versuch an: Der an einer Stelle mit schwarzer Tusche streifenfömrig bemalte Arm wurde durch drei Stunden starkem Sonnenlichte ausgesetzt und da zeigte es sich, dass der ganze Arm stark entzündet und später dunkel pigmentirt erschien, nur der unter der Tusche gewesene Hautbezirk blieb reactionslos und weiss. Als nach einigen Tagen derselbe Versuch mit diesem Arme vorgenommen wurde, aber die Bestreichung wegblieb, da wurde der früher weiss gebliebene Fleck roth und später dunkel pigmentirt. Es sind die chemischen Strahlen, die diese Erscheinung bewirken, und hat das neugebildete Pigment den Zweck, die Haut vor den Wirkungen des chemischen Lichtes, das ist der ultravioletten Strahlen, zu schützen. Finsen lieferte auch den Beweis, dass die Eiterung bei den Pocken nur unter Mitwirkung der chemischen Strahlen vor sich gehe; daher die Therapie der Pocken in der Ausschliessung der chemischen Strahlen besteht; daher also die Verdunkelung und die Bergung der Kranken unter rothem Licht. Unter Finsen's Leitung steht das eigens für diesen Zweck hergerichtete Institut, in welchem nebst theoretischen Lichtstudien auch die praktische Anwendung an Kranken geprüft wird. Nach vielen Schwierigkeiten ist es Finsen gelungen, Apparate zu construiren, die eine

ergiebige Quelle wirksamen Lichtes lieferten. Gewöhnlich wird Sonnenlicht und elektrisches Licht benützt, das durch eigene Gläser gesammelt wird. Das Sonnenlicht wird durch eine biconvexe Wasserlinse gesammelt, das heisst, zwei Uhrgläser werden in einem Messingring gehalten und bilden so eine Linse, deren Hohlraum mit Wasser gefüllt ist. Das Wasser absorbirt die ultrarothen Strahlen, durch Zugabe von schwefelsaurem Kupferoxyd wird das Licht blau und somit jedes rothe Licht abgehalten. Im Brennpunkte dieser Linse befindet sich der Kranke; macht man die Lösung nicht zu dunkel, so wird der Kranke einige Centimeter vor dem Brennpunkte postirt. Das elektrische Licht wird durch complicirte Apparate gesammelt und von den Wärmestrahlen befreit. Auch stellte sich heraus, dass das Blut die Fähigkeit besitzt, die wirksamen Strahlen zu absorbiren; daher man die zu behandelnden Körpertheile zuvor blutleer machen muss, was mit eigenen Glascompressorien geschieht. Bei Lupus sollen damit ganz auffällige Besserungen erzielt worden sein. Die Behandlung verlangt viel Zeit und Geduld. — (Monatsh. f. prakt. Dermat. 1. Juli, 1898.) Horovitz.

Ueber die Behandlung des Ulcus molle mit Hitzebestrahlung (Audry). Von Dr. R. Krösing.

Der Mikroorganismus des Ulcus molle ist gegen höhere Temperaturgrade sehr empfindlich und stirbt unter längerer Einwirkung derselben ab. Darauf beruht die von Welander inaugurirte Wärmebehandlung des Ulcus molle. Welander lässt Wasser von 50° von einem Thermostaten aus durch passende Röhren um das Ulcus circuliren. Diese Methode ist zu complicirt und kann ambulatorisch nicht prakticirt werden. (Siehe das entsprechende Referat in diesem Centralblatte. Ref.) Audry vereinfachte diese Behandlung in der Weise, dass er strahlende Wärme von einem Thermokauter her auf das Geschwür einwirken liess. Das Glüheisen berührt das Geschwür nicht, sondern es steht nahe daran, und dauert eine solche Sitzung nicht länger als 10—15 Secunden. Das Glüheisen soll vorher gereinigt und gut abgekratzt werden. Vf. bedient sich des Galvanokauters, dem verschieden geformte Brenner aufgesetzt sind, er lässt mindestens 15 Secunden lang die Glühhitze einwirken und betont, wie wichtig es ist, auch die Ränder des Geschwürs, wo die Streptobacillen sich besonders gerne ansiedeln, der Hitze zu unterwerfen. 40 Fälle wurden nach diesem Principe behandelt. Nach der Hitzeapplication

kommt ein Streupulver von Nosophen, Airol und Europhen. Die Behandlungsdauer betrug bei 31 Fällen 21 Tage. — (Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 44, 1898.) Horovitz.

Vernarbung eines ulcerirten Gesichtsepithelioms durch arsenige Säure (Methode Czerny). Von Dr. Hermet.

In der französischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis, 10. März 1898, stellte H. einen Patienten vor, welcher an ausgebreitetem Gesichtsepitheliom gelitten hatte und durch Aufpinselung von arseniger Säure behandelt wurde. Es werden drei Lösungen benützt (arsenige Säure und gleiche Theile Wasser und Alkohol). Die Lösung 1 : 150 wird zur Pinselung der ulcerirten Fläche, 1 : 100 wenn ein Schorf entstanden ist, und 1 : 50 wenn der Schorf schon dick ist. Tägliche Pinselungen, wenn die Schmerzen nicht gross und die Begleiterscheinungen nicht heftig sind. — (Monatsh. f. prakt. Dermat., Nr. 10, 1898.)
Horovitz.

Ueber meine weiteren Erfahrungen mit Captol. Von Dr. G. J. Eichhoff.

Captol ist ein Condensationsproduct von Tannin und Chloral und bildet in reinem Zustand ein dunkelbraunes, hygroskopisches Pulver, welches sich in warmem Wasser und Alkohol leicht löst. Mit Eisensalzen gelöst gibt es dunkle Färbungen, die jedoch auf Zusatz von Säuren sich beseitigen lassen. Das Mittel wurde von E. in die dermatologische Praxis, speciell gegen Seborrhöe eingeführt. Es behebt das Jucken und die Schuppenbildung auf der Kopfhaut und verhindert dadurch auch das consecutive Ausfallen der Haare. Es wird als Haarwasser in spirituöser Lösung von 1—2%iger Concentration zum Einreiben der Kopfhaut benützt. C. glaubt, dass grosse Hautterritorien mit Vorsicht eingerieben werden sollen, da die Gefahr der Chloralaufsaugung nicht ganz ausgeschlossen erscheint. Die gewöhnliche antiseborrhoische Haarwasserformel lautet, Rp.: Captol. Chloralhydrat. acid. tatarici āā 1·00, Olei ricini. 0·5, Extr. flor. qu. s. Spirit. vin. (65%) 100·00. Das freie Chloralhydrat wendet sich gegen das Jucken, die Weinsäure gegen die Fleckenbildung auf der Wäsche. Sollte es prophylaktisch gegen die Entwicklung der Seborrhöe, also durch lange Zeit hindurch gebraucht werden, so kann das Chloral weggelassen und dem Haargeist Acid. salicyl. Resorcin āā 0·7 hinzugefügt werden. Es kann täglich zweimal mit der Hohlhand

auf die Kopfhaut gebracht und mit der Hand verrieben werden. Selbstverständlich bleibt das Waschen des Kopfes, eventuell die Waschung mit überfetteter Salicylschwefelsäure aufrecht. Auch soll das Haar kurz getragen werden. — (Dermat. Zeitschr. Bd. 5, H. 1, 1898.) Horovitz.

Unguentum caseini cum Liantral. Von Dr. C. Beck.

Das von Unna in die Praxis eingeführte Ungu. caseini ist ein wasserlöslicher Firniss und besteht aus einer Mischung von Alkalicaseinat, Glycerin, Vaselin und Wasser, und bildet eine dicke, zähflüssige, weisse Emulsion, welche erwärmt werden kann, ohne dass sich Fett abscheidet. Es bildet, auf die Haut verrieben, nach ein bis zwei Minuten eine elastische trockene Decke. Es bildet ein vorzügliches Vehikel für Theer. Da das Mittel tief in die Haut eindringt, so unterstützt es die juckstillende Wirkung des Theers. Liantral ist die Bezeichnung für den Steinkohlentheer, d. i. für die in Benzol löslichen Bestandtheile des Steinkohlentheers. (Extr. lithantracis.) Das Mittel wurde mit gutem Erfolge gegen chronisches Kinderekzem, Prurigo, Psoriasis und Erythrasma angewendet. Da der Theer in einer Concentration von 10 % beigemischt ist, so kann unser Mittel überall, wo es sich darum handelt, starke Theerapplicationen anzuzeigen, angewendet werden. — (Monatsh. f. prakt. Dermat. Nov. 1898.) Horovitz.

Sapo cutifricius. Von Dr. P. G. Unna.

Viele Dermatosen, wie z. B. Akne oder Hautnarben, verlangen eine Egalisirung der Hautoberfläche; statt des hiezu verwendeten scharfen Löffels wurde scharfer Sand substituirt. Daraus ging der Pulvis cutifricius nur aus Marmorkörnern hervor. Diesem Schleifpulver wird Seife beigemengt, um mit dem Seifenschaum die Haut abzureiben. Die definitive Formel lautet jetzt: Rp.' Saponis unguinosi 40·00, Cremoris gelanthi 10·00, Pulv. gumic. 50·00. M. f. Sapo cutifricius. Zweckmässig in Tuben, ein wenig parfumirt, zu dispensiren. — (Monatsh. f. prakt. Dermat. Nr. 1, 1899.) Horovitz.

Ueber den therapeutischen Werth der Vasogenpräparate. Von Prof. A. Tasano.

Sehr gute Erfolge waren mit dem Ichthyol- und Jodoformvasogen bei verschiedenen Hautaffectionen, so bei Ekzem acut., Psoriasis und Pityriasis versicolor zu verzeichnen; es wurde äusserlich und innerlich angewendet; ferner wurde 6% Jodvasogen

gegen syphilitische Affectionen mit gutem Erfolge angewendet. Besondere Erwähnung verdient die 33$^1/_3$ und 50% Hg-Vasogensalbe für die Einreibungscur gegen Syphilis. Diese Salbe soll schnell und sicher wirken. — (Arch. intern. etc. med. Nach Monatsh. f. prakt. Dermat. H. 12, 1898.) Horovitz.

Die Wirkung des Thyroidextractes auf Hautkrankheiten, illustrirt an Fällen von Ichthyosis. Von Wm. W. Don.

In zwei Fällen von Ichthyosis bewährte sich der Schilddrüsenextract, weshalb W. das Mittel zu weiteren Nachuntersuchungen empfiehlt. Es hebt die Hautcirculation, ruft eine gesteigerte Thätigkeit der Epidermiszellen hervor, es bewirkt starke Desquamation und Reproduction der Epidermidalgebilde. Daher die lebhafte Neubildung der Haare und der Epidermis. Jedoch verlangt das Herz besondere Aufmerksamkeit, da nicht nur Pulsbeschleunigung, sondern selbst Herzschwäche eintreten kann. — (Brit. Med.-Journ. Nach Monatsh. f. prakt. Dermat. Nr. 11, December 1898.) Horovitz.

Janet's Irrigationen in der Therapie der Gonorrhöe. Von Dr. F. Krzysztalowicz.

Ein etwa 2 l enthaltender Irrigator hängt 120—150 cm über dem Bette des Kranken und man lässt aus demselben die passende Lösung von übermangansaurem Kali erst in die vordere Urethra einlaufen und dann ausfliessen, bis die vordere Partie ganz gereinigt und berieselt ist; sodann wird der Einlauf bis in die Blase bewerkstelligt. Auf diese Art wird die ganze Harnröhre mit allen ihren Falten und Nischen der Behandlung zugänglich gemacht. Was die Lösung betrifft, so werden im eitrigen Anfangsstadium mehr schwache Lösungen (1 : 4000—5000) genommen, mit dem Nachlass der acuten Erscheinungen werden stärkere Lösungen, bis 1 : 1000, angewendet. Etwa $^1/_2$ l für eine vordere und hintere Urethralspülung. Anfangs werden bei acuter Gonorrhöe bis drei Irrigationen, später zwei und zuletzt eine im Tage gemacht; bei chronischer Gonorrhöe wird mit einer Irrigation angefangen. Contraindicirt ist diese Therapie bei Entzündungen der anruhenden Organe. In einer späteren Arbeit wird das Intervall zwischen zwei aufeinanderfolgenden Irrigationen bis auf 24 Stunden ausgedehnt und vor dem raschen Anwachsen der Concentration der Lösung gewarnt. Bekanntlich hat J. mit dieser Methode bis 90% Heilungen erzielt. Stets Gonokokkenuntersuchung. Die von K. vorgenommene Nachprüfung hat sehr be-

friedigende Resultate geliefert. Die besten Erfolge sind im subacuten Stadium zu erzielen; ferner in den ersten 12 Tagen, bevor heftige Entzündungserscheinungen aufgetreten sind. Sie ist besonders gut für die Spitalspraxis, allwo die Kranken unter steter ärztlicher Beobachtung bleiben. Bei starker ödematöser Schwellung der Schleimhaut ist sie ebenso contraindicirt, wie bei anderen Complicationen. — (Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 42, H. 2, 1898.) Horovitz.

Kinderheilkunde.

Ueber die neueren Resultate der Diphtheriebehandlung der chirurgischen Klinik in Zürich, mit besonderer Berücksichtigung der Serumtherapie. Von Dr. K. Blattner.

Der Bericht der chirurgischen Klinik in Zürich bezieht sich auf 437 Fälle von Diphtherie in der Zeit vom 28. November 1895 bis 1. August 1898, von denen 55 gestorben sind. Alle Fälle, die Leicht- und Schwererkrankten waren mit Serum behandelt worden. Es standen im Alter bis zu 10 Jahren 340 mit 51, und im Alter über 10 Jahre 97 mit 4 Todesfällen.

Von 437 nichtoperativen Fällen starben 19, von 65 operativen Fällen 36; in den ersten acht Krankheitstagen kamen in Behandlung 209, vom 3. bis 6. Tage 161, am 7. und 8. Tage 31, und 26 an späteren Tagen.

Aber zwischen den einzelnen Berichtsjahren sind grosse Differenzen, eine grössere Massenepidemie, die notorisch schlechtere Resultate gibt, war nicht vorgekommen. Dass die Verhältnisse zwischen den Statistiken der Vorserumzeit und Serumzeit nicht ganz gleichartig sind, gibt Dr. B. zu, meint aber, dass durch die bacteriologischen Untersuchungen eine Ausgleichung zwischen günstigen und ungünstigen Momenten und vice versa der einen und anderen Periode stattgefunden haben dürfte. Die Mortalität in den einzelnen Jahren, über welche berichtet wird, schwankt zwischen 25·90 und 11·7 %.

Es wird übereinstimmend mit Dr. Bernheim erklärt, dass der bacteriologische Befund allein keinen sicheren Anhaltspunkt liefert, um auf die Schwere der diphtheritischen Erkrankung zu schliessen, es habe darauf ausser den begleitenden Streptokokken die Disposition einen wesentlichen Einfluss.

An klinisch geheilten Fällen wurden 108mal bacteriologische Nachuntersuchungen gemacht und gefunden, dass in den ersten

sieben Tagen von 9 Fällen 6 keine Diphtheriebacillen aufwiesen, zwischen dem 8. und 15. Tag von 32 Fällen 25, dass vom 15. bis 30. Tag von 54 Fällen 38 frei von Bacillen waren, dass aber bis zum 59. Tage von weiteren 11 Fällen 3 am 37., 46. und 59. Tage noch immer Bacillen nachweisen liessen. Die Mengen der injicirten Antitoxineinheiten schwankten zwischen 500 bei 108 Fällen mit 2 Todesfällen, von 1000 bei 229 Fällen mit 36 Todesfällen, von 1500 bei 30 Fällen mit 7 Todesfällen und bis zu 2500 mit 1 Todesfalle; eine andere locale Behandlung als Gurgelungen mit 2%iger Kalichloricumlösung kam nicht vor, nebenbei noch Eiscravatte und Inhalationen. Bezüglich der Tracheotomie hielt man sich an das Princip der Spätoperation.

Es wurden operirt im Ganzen 101 Fälle mit 36 Todesfällen, u. zw. mit der Trach. sup. 60 mit 24, mit der Trach. infrt. 2 mit 2, intubirt 20 mit 4 und intubirt und secundär tracheotomirt 19 mit 6 Todesfällen.

Nach der Seruminjection wurde constatirt: Eine rasche Besserung des Allgemeinbefindens, auch Sinken der Temperatur, wenn keine Complication und keine Sepsis vorhanden war. Aber eine durchschlagende constante Veränderung der Körpertemperatur unter dem Einflusse des Serums wurde nicht beobachtet, auch keine regelmässige Veränderung der Pulsqualität und Frequenz.

Eine auffallende Veränderung und das Abstossen der Rachenbeläge, baldige scharfe Abgrenzung, aber bei Kranken, die erst spät zur Injection kamen, kam die Abstossung erst am 4. bis 6. Tage oder noch später zu Stande, nur ausnahmsweise nahmen die Beläge nach der Injection noch zu, wie sich auch nie nachträglich erst eine Nasendiphtherie entwickelte und es nie zu einer nachträglichen septischen Allgemeinintoxication, nie zu secundärer Larynxdiphtherie kam, nie wurde aus leichter Larynxdiphtherie schwere, wenn es allerdings auch vorgekommen ist, dass beginnende Croupfälle auch während der Serumbehandlung noch etwas mehr Dyspnöe bekamen, sie gelangten aber nie zur Operation.

Es wird auch hervorgehoben, dass während der Serumzeit keine Tracheotomiewunde diphtheritisch wurde und wird constatirt, dass das Serum bei den Tracheotomirten wohl eine Beschleunigung des Decanulements, bei den Intubirten aber keine Beschleunigung der Extubation bewirkt habe.

Auf der Züricher Klinik wurde 32mal bei hochgradiger Larynxstenose Heilung ohne Operation erzielt, allerdings ist das

an der Züricher Klinik in der Vorserumzeit (1881—1892) auch 102mal vorgekommen, in einem Fünftel sämmtlicher Stenosenfälle.

Das Vorkommen von Diphtherierecidive wird berichtet.

Rücksichtlich der Nierenaffectionen wird schätzungsweise angenommen, dass sie durch das Serum nicht vermehrt worden seien, postdiphtheritische Lähmungen aber kamen in 12·58% aller Fälle vor, Exantheme in 8% aller Fälle mit Fieber verschiedenen Grades, einmal begleitet von einer Arthropathie.

Ueber den Werth der prophylaktischen Seruminjectionen behufs Immunisirung liegen keine grossen Erfahrungen vor.

Dr. B. legt nun eine übersichtliche Darstellung von der Morbidität und Mortalität der Diphtherie im Canton Zürich und über die Frequenz und Mortalität auf der Diphtheriestation der Züricher chirurgischen Klinik, verglichen mit den früheren Jahren, vor.

Aus dieser Darstellung geht hervor, dass Extensität der Epidemien und Mortalität nicht immer proportional sind, dass vom Jahre 1894 an die Mortalität sehr abnimmt, hauptsächlich wegen Abnahme der Malignität und des epidemischen Auftretens der Diphtherie, speciell aber auf der Züricher Klinik ergab sich ein auffallender Contrast zwischen der Zeit vor und während der Serumtherapie. 39·97% Gesammtmortalität und 66·18% Mortalität der Operirten gegen 12·58% und 35·64%, 14·24% der Nichtoperirten gegenüber 5·65%.

Es wird aber auch constatirt, dass schon im Herbste 1889 die Gesammtmortalität stark abgenommen habe, allein es wird vermuthet, dass dies mit localen Verhältnissen zusammenhänge und wenn nun in der Serumzeit die relative Zahl der Nichtoperirten so auffallend gestiegen ist, so erklärt Dr. B. diesen bemerkenswerthen Umstand, abgesehen von dem weniger malignen Charakter der Krankheit, doch auch aus dem Einflusse der Serumbehandlung.

Es wird auch constatirt, dass der günstige Einfluss prägnanter ist bei den oberen Altersclassen als bei den kleinen Kindern.

Die Schlussfolgerungen, zu denen Dr. B. kommt, sind eigentlich in ihrer Fassung etwas widersprechend; er sagt: Dass in der Züricher chirurgischen Klinik die Mortalität der Diphtheriekranken bedeutend gesunken ist, hat verschiedene Gründe:

1. Die verschiedenen Lebensalter der Patienten in den verschiedenen Beobachtungszeiten; es wurden vom Jahre 1889 an auch Erwachsene und nicht bloss Croupkinder aufgenommen.

2. Der mildere Charakter der Diphtherie, der Mangel an schweren Epidemien.

3. Aber trotz der grössten Skepsis kann man sich doch dem Eindrucke nicht verschliessen, dass die Besserung zum Theil auch der Wirkung des Serums, als einem Factor von mächtigem Einfluss, beigemessen werden muss.

Und ganz zuletzt engt Dr. B. diese Meinungsäusserung doch ein, indem er erklärt, dass er sich noch kein endgiltiges Urtheil über das Serum erlaubt, aber dass man es doch als das beste der bisher bekannt gewordenen Mittel gegen Diphtherie bezeichnen darf. — (Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 36, H. 5.)

Pharmakologie und Toxikologie.

Ueber die Beziehungen zwischen Arzneien und Magen. Von Prof. Dr. Moritz.

Vf. bespricht in einer den Inhalt eines Vortrages im Münchner ärztlichen Verein wiedergebenden Mittheilung die wechselseitigen Beziehungen zwischen Arzneien und Magen, u. zw. die unerwünschten Nebenwirkungen, welche einerseits durch die Magenthätigkeit die Wirkung von Arzneimitteln verringern und anderseits den Magen durch Arzneireizung schädigen. Diese ungünstige wechselseitige Beeinflussung wird desto geringer sein, je rascher das Arzneimittel aus dem Magen in den Darm fortgeschafft wird. Desto rascher erfolgt aber auch die Resorption. Dies geht aus den experimentellen Arbeiten der letzten Jahre von Tappeiner, Brandl, Mernig und Moritz hervor, die gezeigt haben, dass man die resorptive Leistung des Magens früher ungemein überschätzt hat, und dass für die meisten wässerigen Lösungen geradezu der Darm das ausschliesslich resorbirende Organ darstellt. Gelöste Substanzen werden im Magen erst bei höherer Concentration resorbirt und für Wasser lässt sich in Abschnitten des Darmcanals eine vom Magen von 0 aus nach abwärts ansteigende Wasserresorption nachweisen. Ein Arzneimittel, das lange im Magen verweilt, wird deshalb auch langsam, ein solches, das ihn rasch verlässt, wird schnell resorbirt und die Zeit, nach der eine Substanz im Harn nachweisbar wird, ist deshalb ein Mass für die Dauer ihres Verweilens im Magen. Am raschesten verlassen nach Thierexperimenten Wasser und schwache neutrale Salzlösungen den Magen; schwach schleimhautreizende

Lösungen (Suppe, Milch, Wein etc.) und ganz besonders Flüssigkeiten, neben denen sich noch feste Nahrung im Magen befindet, werden viel langsamer fortgeschafft. Diese Schlussfolgerungen konnte Vf. durch Experimente am Menschen erhärten, in denen leicht nachweisbare Indicatoren (salicylsaures Natron, Jodkali und gepulverte Holzkohle) unter verschiedenen Bedingungen dargereicht und durch Ausheberung des Magens nach einer gewissen Zeit controlirt wurde, ob sich der Magen der eingeführten Substanz schon entledigt hatte. Ein möglichst rascher Durchgang der Arzneimittel durch den Magen und eine möglichst rasche Resorption wird also nach den Versuchen erzielt, wenn man Arzneimittel nüchtern mit $^1/_2$—1 Glas Wasser gibt; ein Narcoticum, Schlafmittel oder Fiebermittel wird so am promptesten zur Wirkung kommen. Durch ein solches rasches Hindurchgehen in starker Verdünnung mit Wasser wird auch eine reizende Arzneisubstanz den Magen am wenigsten schädigen; die einhüllende Wirkung der sogenannten Mucilaginosa der schleimigen Substanzen verzögert zwar den Durchtritt durch den Magen, dieser Umstand wird aber durch die schützende Wirkung dieser Substanzen ausgeglichen. Weit vollkommener wird freilich das Problem der Schonung des Magens gegen Arzneireizung dadurch gelöst, dass man Arzneistoffe einführt, die im Magen unlöslich, erst im Darm durch die Pankreasverdauung gelöst werden, z. B. Salol, Tannalbin etc., oder durch die Einführung der Arzneien in erst im Darm löslichen Hüllen (Glutoidkapseln). Endlich macht Vf. noch darauf aufmerksam, dass man in solchen Fällen, in denen die Magenentleerung pathologisch gestört ist und in denen man doch die Resorption der Magenschleimhaut in Anspruch nehmen muss, mit Vortheil sich der resorptionsbefördernden Wirkung des Alkohols und der Gewürze bedienen kann, welche Tappeiner, Brandl und v. Mering für den Magen erwiesen haben. Man gebe die Arzneien in solchen Fällen soweit thunlich mit starken Alkoholicis oder mit Gewürzen (Pfefferminz etc.). — (Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48, 1898.)

Ueber Hämoglobininjectionen. Von Dr. v. Starck. (Medic. Univ.-Poliklinik Kiel.)

Thierversuche zeigten, dass subcutane und intraperitoneale Hämoglobininjectionen im Allgemeinen sehr gut vertragen wurden; die gefährlichen Wirkungen, die ältere Untersucher beobachtet hatten, sind nicht dem Hämoglobin selbst eigen, sondern dem

Gehalte an Stromatis der rothen Blutkörperchen und zerfallenen weissen, die bei einem nicht oft genug umkrystallisirten Hämoglobin sich noch finden. Völlig reines und steriles Hämoglobin derselben Thierart wurde gut vertragen und Vf. verfolgte nun das Schicksal des einverleibten Hämoglobins, das sich sehr vielseitig gestaltet. Der kleinere Theil wird am Orte der Injection von Leukocyten und Bindegewebszellen aufgenommen und verarbeitet, der grössere Theil wird resorbirt und gelangt in die Blutbahn, um theilweise in die Galle, die Darmsecrete und bei grösseren Mengen auch in den Harn ausgeschieden zu werden. Ein Theil des in die Circulation gelangten Hämoglobins wird auch in der Milz, Lymphdrüsen und Knochenmark festgehalten und verarbeitet. Ein Theil des Hämoglobins wird also zum Bestandtheil des Körpers und der Fe-haltige Rest, der nach der Spaltung zunächst in den betreffenden Zellen liegen bleibt, kann vermuthlich je nach dem Eisenbedürfniss des Organismus zur Verwerthung herangezogen werden. Wäre die Schwierigkeit, immer sterile Hämoglobinlösungen bereit zu halten, nicht vorläufig zu gross, so würden demnach auch therapeutische Versuche mit subcutanen Injectionen am Menschen gerechtfertigt erscheinen. Dass dieselben unschädlich sind, hat Vf. in einigen Fällen erprobt. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 4, 1898.)

Die Allgemeinwirkung der Salze. Von Dr. E. Münzer. (Aus dem pharmakol. Institute d. deutschen Univ. Prag.)

In der siebenten Mittheilung einer Reihe, in welcher Hofmeister und seine Schüler die Lehre von der Wirkung der Salze behandeln, beschäftigt sich der Vf. mit der Allgemeinwirkung der Salze. Dieselbe hängt nach früheren Arbeiten bei den Alkalisalzen, denen eine specifische Toxicität nicht zukommt, in erster Linie von den physikalischen Eigenschaften ab, welche allen Salzen gemeinsam sind. Die Vergiftungserscheinungen wurden in Versuchen studirt, bei welchen die erwärmte 5—10%ige Salzlösung mit möglichst constanter Geschwindigkeit aus einer Burette in die Vene von Kaninchen einlief. Hiebei zeigte sich nach grossen Dosen von sonst indifferenten Salzen eine Giftwirkung von typischem Verlaufe, indem sich Reizerscheinungen des centralen Nervensystems, gesteigerte Reflexerregbarkeit, fibrilläre Muskelzuckungen und endlich klonisch-tonischer Krampf der gesammten Musculatur einstellten und unter erst allmäligem, dann im Anschluss an einen letzten Krampf unter plötz-

lich terminalem Absinken des Blutdrucks zum Tode führten. Von grösstem Interesse war dabei die kolossale Diärese. Die diäresische Wirksamkeit der Salze stand dabei in geradem Verhältnisse zur Concentration der Salzlösung und vergleicht man die diäresischen Effecte der einbasischen Salze untereinander, so verhalten sie sich umgekehrt wie das Moleculargewicht, also gerade so wie die moleculare Concentration der angewandten Salzlösungen. Die Untersuchung des Wasser- und Salzgehaltes im Blute ergab, dass während dieser ausserordentlichen Diärese doch niemals eine Eindickung des Blutes eintritt, der Wassergehalt hält sich vielmehr anfangs auf gleicher Höhe, um gegen das Lebensende der Thiere zu sogar erheblich zuzunehmen. Die grosse Flüssigkeitsmenge, welche gleichzeitig aus dem Blute durch die Diärese entfernt wird, stammt aus einer starken Wasserströmung, die aus den Geweben in das Blut stattfindet und dadurch zu einer Austrocknung der Gewebe führt, so lange das Blut noch seinen normalen Wassergehalt festhält. Diese Austrocknung der Gewebe speciell des Nervensystems dürfte wohl auch die Todesursache der Versuchsthiere bilden. — (Arch. f. exp. Path. u. Pharmak. Bd. 41, 1898.)

Ueber die Einwirkung verschiedener Stoffe auf das isolirte Säugethierherz. Von Dr. K. Hedbom. (Physiol. Institut zu Stockholm.)

Der Vf. benützte die von Langendorff 1895 beschriebene Methode für die Untersuchung des überlebenden Säugethierherzens und seiner Beeinflussung durch Gifte. Hiebei ist nur der Coronarkreislauf des Herzens erhalten und wird von der Aorta aus unter Druck gespeist. Das Herz des verbluteten Thieres — es kamen Katzen und Kaninchen zur Verwendung — wird freigelegt und nach Einlegen einer Canüle in die Aorta herausgenommen. Das Blut in der Aorta wird durch eine geeignete Vorrichtung unter constanten Druck gesetzt, durch diesen Druck werden die Aortaklappen geschlossen und das Blut hat keinen anderen Weg als den durch die Coronargefässe; das aus den Coronarvenen ausfliessende Blut wird aufgefangen, die Contractionen des Herzens aber, das nach dieser Durchströmung nach einiger Zeit ganz regelmässig pulsirt, werden durch ein in der Herzspitze befestigtes Häkchen aufgeschrieben, welches durch einen Faden auf einen geeigneten Schreibapparat einwirkt.

Mit dieser Versuchsmethode hat Vf. die Einwirkung von einer Reihe von Organextracten auf das Herz untersucht und

konnte eine erregende Wirkung von Testikelextract beobachten, vor Allem aber die direct erregende Wirkung des Nebennieren- und des Hypophysisextractes feststellen. Auch Extracte der Submaxillaris und der Milz wirkten tonsirend, während andere Organextracte wirkungslos waren. — (Skandin. Arch. f. Physiol. Bd. 8., H. 1—3.) H.

Fortsetzung der Orthoformarbeiten. Von Prof. A. Einhorn und Priv.-Doc. R. Heinz.

Die planmässige Fortsetzung der Studien, welche die Vf. zur Entdeckung und Einführung des Orthoforms führten, haben nunmehr auch ein lösliches und zur subcutanen Injection geeignetes Orthoformderivat auffinden lassen. Die anästhesirende Wirkung des Cocaïns ($C_6H_5.CO—C_8H_{13}NO—COOCH_3$) wird nach den besonders durch E. geförderten Kenntnissen durch das Zusammentreten dreier Gruppen, der Benzoylgruppe $C_6H_5.CO$, der Carboxymethylgruppe $COOCH_3$ und des basischen Complexes $C_8H_{13}NO$ im Cocaïn bedingt und es zeigte sich, dass dabei die Constitution der basischen Gruppe zur Hervorbringung der anästhesirenden Wirkung von untergeordneter Bedeutung ist. Im Orthoform (Amido-oxybenzoësäuremethylester) ist diese basische Gruppe in der einfachsten, die Benzoyl- und Carboxymethylgruppe enthaltenden Verbindung durch NH_2 ersetzt. Diese basische Gruppe war nun zu schwach, um die Bildung neutraler Salze zu ermöglichen, und die sauren Salze des Orthoforms erwiesen sich zur subcutanen Injection als unverwendbar. Die Vf. haben nunmehr eine stärkere basische Verbindung erhalten, indem sie an Stelle eines H in der Amidogruppe des Orthoform Diäthylglycocoll eintreten liessen und das salzsaure Salz des so gewonnenen Diäthylglycocoll-p.-Amido-o-Oxybenzoësäuremethylesters stellt ein in Wasser leicht und bei neutraler Reaction lösliches Salz dar. 5%ige Lösungen reizen allerdings das Auge, aber weniger empfindliche Schleimhäute nicht mehr; sie rufen aber vollkommene und langanhaltende Anästhesie hervor, wenn sie mit den blossliegenden Nerven in Berührung kommen. Subcutan injicirt oder auf Wunden und Geschwüre gebracht, ist das neue Präparat vermöge seiner geringen Giftigkeit und langandauernden Wirkung zur Herbeiführung der chirurgischen Anästhesie geeignet, eine tiefgreifende Anästhesie auf unverletzten Schleimhäuten erzeugt es hingegen nicht. In 2%iger Lösung zur subcutanen Injection und in 0·2—0·5%iger zur Herbeiführung der

Schleich'schen Infiltrationsanästhesie hat es sich in klinischen Versuchen sehr bewährt. Von den Höchster Farbwerken wird das neue Anästheticum unter dem wenig geschmackvollen Namen „Nirvanin" in den Handel gebracht. — (Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49, 1898.)

Ueber die Wirkung einiger narkotischer Stoffe auf die Blutgase, die Blutalkalescenz und die rothen Blutkörperchen. Von Dr. Thomas. (Aus dem Laboratorium der medicin. Klinik zu Strassburg i/E.)

Ausgehend von früheren Versuchen, in denen der Vf. gezeigt hatte, dass zur Erzeugung der Cholera von der Blutbahn aus bei Kaninchen in Alkoholnarkose eine sechsmal geringere Dosis Kommabacillen genügte, wie bei Thieren in normalem Zustande, untersuchte der Vf., ob etwa Veränderungen der Blutalkalescenz durch Alkohol eintreten, welche nach den Arbeiten Büchner's und Behring's sehr wohl die Schwächung der bacterienfeindlichen Wirkung im Blute erklären konnten. Die Alkalescenz des Blutes wurde einerseits durch Titration bestimmt, anderseits aus dem Kohlensäuregehalt des Blutes ermittelt nach der bekanntlich von H. Mayer und Minkowski gestützten Anschauung, dass die CO_2 die weitaus grösste Menge der Alkale im Blute bildet und daher einen zuverlässigen Massstab für den Alkalescenzgrad abgibt. In der That ergab sich, dass sowohl die CO_2 im Blute als die durch Titration ermittelte Alkalescenz in der acuten Alkoholintoxication bedeutend herabgesetzt sind, in einzelnen Fällen sogar bis zur Hälfte. Der Grund für die Alkalescenzverminderung liegt in der Vermehrung von flüchtigen Fettsäuren, welche die CO_2 des Blutes verdrängen. Eine ähnliche Wirkung des chronischen Alkoholismus konnte an Thieren erst nach monatelang fortgesetzter Alkoholzufuhr constatirt werden. Auch durch Chloroform scheint die Alkalescenz des Blutes herabgesetzt zu werden, nicht aber durch Aethernarkose. — (Arch. f. exp. Path. u. Pharmak. Bd. 41, 1898.)

Hygiene und Krankenpflege.

Ueber die Ernährung in acuten Fieberkrankheiten. Von E. v. Leyden.

Die Besonderheiten des fieberhaften Processes, auf welche die Ernährung Rücksicht zu nehmen hat, sind folgende: Die Körpertemperatur ist erhöht, der Appetit fehlt bei starkem Durst,

der Mund ist trocken, der Magensaft im Versiegen, die motorische Thätigkeit des Magens herabgesetzt, das Herz ist geschwächt, die Nierenfunction leidet, die Stickstoffausscheidung durch den Urin ist ausserordentlich erhöht, die CO_2-Absonderung wenig verändert. Man nimmt an, dass die kreisenden Gifte der Bacterien alle diese Fieberzeichen verursachen. Die Ernährung soll nun so eingerichtet werden, dass keines der Fiebersymptome dadurch gesteigert werde.

Es erfordert also der Zustand des Mundes und Magens, dass die Nahrung der Fiebernden flüssig sei, dass sie stets vor dem Genuss aufgekocht und dass sie immer nur in kleinen Einzelgaben dargereicht werde. Mit Rücksicht auf die erhöhte Körpertemperatur sei sie stets abgekühlt. Die Flüssigkeitszufuhr sei reichlich, um die Thätigkeit der Nieren anzuregen, zugleich auch um die infectiösen Gifte in möglichster Verdünnung zur Ausscheidung zu bringen (Auswaschung des Organismus). Die Herzthätigkeit werde durch Darreichung alkoholischer Getränke angeregt.

Die wichtigste Frage ist: Wie ist die Ernährung zu gestalten mit Bezug auf den Stoffwechsel? Die wissenschaftliche Analyse zeigt, dass der Eiweisszerfall der Fiebernden theilweise darauf beruht, dass ihnen wegen ihrer Appetitlosigkeit gewöhnlich zu wenig Nahrung gereicht wird. Aber durch keine noch so gewaltige Steigerung der Nahrungszufuhr, weder durch Eiweiss noch durch Kohlehydrate, ist Eiweissgleichgewicht im hitzigen Fieber zu erzielen. Man muss als Ursache der Mehrzersetzungen einen besonderen Factor supponiren; das sind die Bacterientoxine, welche das Organprotoplasma theilweise nekrotisiren und zur Eiweissassimilation unfähig machen. Diese Betrachtung führt zu dem theoretischen Postulat, dem Fiebernden so viel Nahrung zuzuführen, als zur Verhinderung der Inanition nothwendig ist, gleichviel, ob N-haltige oder N-freie Substanzen gewählt werden. Man versuche bis 2500 Calorien zuzuführen, welche dem Fiebernden am besten in 100 g Eiweiss, 100 g Fett und 300 g Kohlehydrat dargereicht werden. Diesem idealen Ziele suche man so weit nahe zu kommen, als es die Rücksicht auf den Verdauungsapparat gestattet. Den toxischen Antheil der Gewebszersetzung zu vermindern, darauf muss die Ernährungstherapie verzichten.

Die Milch kann als ein ideales Fiebernährmittel bezeichnet werden. Wenn ein Fiebernder reichlich Milch verträgt, so ist auf Grund dieser Thatsache allein die Prognose seiner Krankheit

besser zu stellen, als wenn er sie nicht vertrüge. Bei der Darreichung der Milch kommt aber Alles darauf an, langsam vorzugehen, mit kleinen Dosen zu beginnen, allmälig dieselben zu steigern und erst, wenn grössere Mengen gut vertragen werden, den Versuch des Zusatzes von anderen Substanzen zu wagen. Im Beginn der Behandlung sei die Einzeldose der Milch 100 cm^3, welche vier- bis fünfmal am Tage dargereicht werde. Abwechselnd hiermit gebe man Wasser, Limonaden, Suppen, auch Bouillon, als Frühgetränk Kaffee oder Thee, ab und zu kleine Mengen Wein. Die Gesammtflüssigkeitszufuhr soll von Anfang an nicht unter 3 l betragen. Nach 2—3 Tagen gibt man zweistündlich die Einzeldose von 100 cm^3 Milch. Werden so $^3/_4$—1 l gut vertragen, so erhöht man die Portion auf 150, 200, 250; man geht nicht zur grösseren Menge über, ehe nicht die kleinere sich als bekömmlich erwiesen hat. Die meisten Fieberkranken sind leicht auf einen Tagesconsum von 2 l Milch zu bringen; manche nehmen mit Lust 3—4 l. Ist die Milch gut vertragen worden, so kann man sie im weiteren Verlauf des Fiebers nahrhafter machen, indem man Sahne oder Milchzucker zur Milch hinzumischt (900 Milch, 100 Sahne, 750 Milch, 250 Sahne).

Fieberkranke, welche in dieser Weise die Milch vertragen und daneben Wein in solcher Menge erhalten, wie es der Zustand des Herzens erheischt ($^1/_4$—$^3/_4$ l pro Tag) bedürfen kaum einer anderen Nahrungszufuhr. Wird die Milch nicht vertragen, versuche man die verschiedenen Kunstgriffe, um die Milch dennoch verträglich zu machen. Eine Mischung von Milch mit Kaffee, mit Thee, mit Chocolade; Milchmehlsuppen (mit Hafermehl, Reismehl, oder Leguminose oder Mondamin bereitet); Milch mit Baldrianthee, oder Pfefferminzthee, oder Kümmelabkochung; oder man setze Cognac zur Milch hinzu. Wenn über den schlechten Geschmack der gekochten Milch geklagt wird, bediene man sich des Gärtner'schen Verfahrens, die Milch in langhalsigen Flaschen unter Paraffinverschluss zu kochen, um so den Luftzutritt zu verhüten. Kefir kann die Milch ersetzen; auch saure Milch kann versucht werden. Wenn die Milch trotz Allem Erbrechen oder Durchfälle verursacht, so muss man Mehlsuppen als Hauptbestandtheil der Fieberdiät darreichen. Hiedurch ist auf keine Weise der Nutzeffect der Milchnahrung zu erzielen. Die Suppen macht man nahrhafter durch kleine Zusätze der eiweisshaltigen Nährpräparate (Peptone, Somatose, Nutrose,

Tropon etc.); man kann ihnen auch Gelbei zusetzen; abwechselnd mit den Suppen reicht man Bouillon, Kaffee, Thee, Fruchtsäfte. Die Menge der alkoholischen Getränke ist dieselbe wie bei der Milchdiät, sie hängt vom Zustand des Herzens ab.

Feste Nahrung wird Fiebernden gewöhnlich nicht dargereicht. Doch wird man hie und da gezwungen, davon Gebrauch zu machen, wenn Milch nicht vertragen wird und Inanition bevorsteht. Dann ist die Nahrung so fein als möglich zu zerkleinern und versuchsweise in kleinsten Einzelportionen zu reichen. Geschabtes Fleisch, Kartoffelpurée, weiche leichte Gemüse kommen in Frage.

Die für das Fieber gewählte Diät ist in den ersten Tagen der Apyrexie noch unverändert zu reichen. Erst etwa 3—4 Tage nach erfolgter Abfieberung beginnt man die Ernährung reichlicher zu gestalten, indem man zuerst namentlich den Eiweissgehalt derselben vermehrt; je nach dem Zustand des Verdauungsapparates geht man früher oder später zu festen Speisen über, indem man die zarten Fleischsorten bevorzugt; je kräftiger sich der Patient fühlt, desto mehr geht die Diät zu den normalen Verhältnissen über. Besondere Beachtung verdient die Art der Nahrungszufuhr; selbst bei schweren Fiebern ist der Comfort der Ernährung, die Sauberkeit der Darreichung, die Beschaffenheit der Gefässe nicht zu vernachlässigen; die Schulung der Pfleger ist auch hiefür von der grössten Bedeutung.

Die Bedeutung der Ernährungstherapie ist in verschiedenen Fieberkrankheiten eine verschiedene. In kurzdauernden Fiebern, wie bei vielen Fällen von Pneumonie, Erysipel, Scharlach etc., spielt sie oft nur eine Nebenrolle; die Flüssigkeit und der Alkohol sind dann wichtiger als die Calorienzufuhr. Von der einschneidendsten Bedeutung ist die Diätetik bei den langdauernden schweren Fiebern, wie den meisten Fällen von Typhus, Meningitis, Sepsis; hier ist die Prognose der Krankheit nicht zum wenigsten von der Sorgfalt abhängig, mit welcher der Arzt sich den Aufgaben der Ernährungstherapie unterzieht. — (Therap. d. Gegenw.)

Kleine Mittheilungen.

Ueber Stoffwechselversuche mit Tropon als Eiweissersatz beim Menschen. Von Dr. Rudolf Neumann. N. kommt zu dem Schlusse, dass Tropon 1. das Eiweiss anderer Nahrungsmittel vollständig zu ersetzen vermag; 2. im Befinden keine unangenehmen Stö-

rungen verursacht; 3. sich auf die Dauer ohne Widerwillen nehmen lässt; 4. billiger ist als Fleisch, und dass 5. der zwar nicht unangenehme, aber auffallende Geschmack sich in verschiedenen Nahrungsmitteln erfolgreich verdecken lässt, z. B. in Grünkern-, Hafermehl-, Bohnen-, Erbsen- und Gerstenmehlsuppen. — (Münch. med. Wochenschr.; Deutsche Med.-Ztg.)

Ueber die Behandlung des Gelenkrheumatismus mit Salicylsäuresalbe. Von Dr. Siwerzew. Vf. hat sieben Fälle von Gelenkrheumatismus ausschliesslich mit folgender Salbe behandelt: Acid. salicyl., Ol. therebinth. Lanol. ana 10·0, Axung. porci 80·0—90·0. Im acuten Stadium wurde die Salbe nur aufgetragen, später aber 2—3mal täglich innerhalb 3—5 Minuten eingerieben. Durch Harnanalysen überzeugte sich Vf., dass Salicylsäure auch von unverletzter Haut selbst in grossen Quantitäten resorbirt wird. Die vom Vf. mit der angegebenen Salbe erzielten Resultate sind als sehr günstige zu bezeichnen: Die Schmerzhaftigkeit und Schwellung der Gelenke liessen rasch nach, die Temperatur sank. Das Wichtigste ist aber, dass selbst Patienten, welche gegen Salicylsäure bei innerlicher Anwendung eine ausgesprochene Idiosynkrasie zeigten, die Salicylsäuresalbe vorzüglich vertrugen und niemals auf dieselbe, selbst bei längerer Anwendung, mit irgend welchen Störungen von Seiten des Magendarmcanals, des Nervensystems und des Herzens reagirten. Auch waren in den Fällen des Vf.'s weder Recidive der Erkrankung, noch Uebergang derselben in chronische Form aufgetreten. — (Woj. med. Journ.; Deutsche Med.-Ztg.)

Zur Behandlung des Schnupfens. Von Dr. Nassauer. Vf. empfiehlt eine Methode der Schnupfenbehandlung, durch welche er sich selbst und seine gesammten Clienten seit vielen Jahren von dem lästigen Uebel vollkommen bewahrt hat. Von einer starken Lösung von hypermangansaurem Kali in Wasser (etwa eine kleine Messerspitze voll auf $^1/_2$ l Wasser) werden ein paar Tropfen in warmes Wasser gegeben, so dass dieses schwach rosa gefärbt ist. Diese dünne Lösung kommt in ein Nasenschiffchen. Es genügt auch ein gewöhnliches Wasserglas. Damit werden abwechselnd beide Nasenhöhlen ausgespült, nachdem vorher tüchtig geschneuzt worden ist. Es ist gut, die Lösung sowohl durch die jeweilige andere Nasenöffnung, als auch durch den Mund auslaufen zu lassen, da bei letzterer Procedur auch die hintere Wand des weichen Gaumens mit der Lösung in Berührung kommt.

Hierauf wird rein mechanisch durch Watte, die in eben diese Lösung getaucht ist, die Schleimhaut der Nase mit einem Finger tüchtig ausgerieben. Dadurch werden, soweit die Watte hingelangt, aller Schleim und auch alle Infectionsträger des Schnupfens aus der Nase entfernt. Hierauf werden kleine trockene Wattebäuschchen in beide Nasenhöhlen hoch hinauf gesteckt und nun lässt man von der Lösung nochmals bei nach hinten geneigtem Kopfe in beide Nasenhöhlen einlaufen. Die Watte saugt Kal. permang.-Lösung auf. Die Watte lässt man etwa eine Stunde liegen, was ohne jegliche Beschwerde geht. Durch kräftiges Ausschneuzen in ein Taschentuch wird sie leicht entfernt. — (Klin.-therap. Wochenschr.; Deutsche Med.-Ztg.)

Ueber ein Symptom, mit dessen Hilfe man die Prognose für die Betäubung mit Chloroform feststellen kann. Von Dr. Lehmann. Das Symptom soll ermöglichen, dass man bereits im Anfange der Narkose voraussagen kann, ob dieselbe sich schwierig gestalten oder glatt verlaufen wird. Bei den Kranken, bei denen die Narkose mit Schwierigkeiten verlaufen wird, bleiben die Augenlider von Anfang an offen oder halboffen; schliesst man sie, so stehen sie im nächsten Augenblick wieder auf oder halbweit auf. Dagegen halten die Patienten, welche das Chloroform gut vertragen, die Augenlider von Anfang an geschlossen. Ohne diese Erscheinung erklären zu können, ist Vf. von deren Untrüglichkeit so überzeugt, dass er stets, sobald dieselbe auftritt, sämmtliche bei Narkosezufällen in Betracht kommenden Instrumente zurechtlegt, bevor er zur Operation schreitet. — (Allg. med. Central-Ztg.; Deutsche Med.-Zg.)

Leitenstorfer hat Versuche über die **Wirkung der Zuckerernährung auf die Soldaten** während der anstrengenden Manöverzeit angestellt. Es wurden täglich 50—60 g gegeben und dabei durchweg ein günstiger Einfluss auf die Leistungsfähigkeit constatirt. Die Athmungs- und Pulszahl bei der Arbeit war eine niedrigere, als bei den nicht mit Zucker genährten Leuten, ebenso war die Körpergewichtszunahme eine höhere, als bei letzteren. Der Zuckergenuss erhöht die Ausdauer der Mannschaften, er stillt Hunger und Durst und wirkt bei eintretender Schwäche belebend und erfrischend; er wurde gern genommen und ausnahmslos gut vertragen. Ausscheidung von Zucker und Eiweiss im Urin wurde nie beobachtet. Auf Grund seiner Versuche empfiehlt Vf. den Zucker beim Militär 1. als Beigabe zur Tages-

kost; 2. als eisernen Bestand für den Mann und als Proviant für Festungen, Schiffe, Lazarethe; 3. als temporäres Kräftigungs- und Belebungsmittel auf dem Marsch. — (Deutsche militärärztl. Zeitschr.; Berl. klin. Wochenschr.)

Die Gelatine als Hämostaticum. Von Dr. W. Poljakow. Vf. konnte sich bei Thierexperimenten von der blutstillenden Eigenschaft der Gelatine überzeugen; auch in Fällen von sehr abundanten hämorrhoidalen Blutungen, wo alle bekannten therapeutischen Massnahmen in Stich liessen, sah er von Klysmen mit 10% wässeriger Gelatinelösung prompten Effect. Diese Erfahrungen bewogen ihn, das Mittel in einem schweren Falle von Magengeschwür anzuwenden. Grosse Bismuthdosen blieben ohne Erfolg. P. verordnete alsdann eine 10%ige Gelatinelösung, und zwar davon dreimal täglich à 200 cm^3. Schon nach 24 Stunden hörte das Erbrechen auf und die Kranke genas rasch. — (Med. Obosr.; Petersb. med. Wochenschr.)

Ueber die Erysipelbehandlung mit Metakresol-Anytol. Von Dr. Koelzer. Die in der Therapie viel verwerthete Thatsache, dass das Ichthyol eine grosse Fähigkeit besitzt, in die Haut und Schleimhäute in einer Weise einzudringen, wie es sonst bei gar keinem anderen Desinficiens der Fall ist, liess die Frage entstehen, ob auch Anytin und die Anytole (aus dem Ichthyol gewonnene Präparate) diese Fähigkeit besässen. Es wurden Versuche mit Metakresolanytol (40% Metakresol und 60% Anytin) in 1—3%iger Lösung bei Erysipel angestellt, welches künstlich an Kaninchenohren erzeugt worden war. Die Behandlung bestand in alle zwei Stunden vorgenommener Pinselung des Erysipels und dessen Umgebung in der Dauer von etwa fünf Minuten. Die in drei Serien an zahlreichen Thieren angestellten Versuche ergaben, dass in jedem Falle das Erysipel durch die Pinselung local beschränkt blieb. Diese unzweideutigen Ergebnisse der Thierversuche erweckten die Hoffnung, dass durch das Metakresolanytol auch eine wirksame Bekämpfung des menschlichen Erysipels möglich sein werde. Nachdem festgestellt war, dass die Application auf die Haut des Menschen keine Schädigungen für dieselbe, noch auch für den Organismus brachte, wurde in einigen Fällen das Mittel beim Menschen in Anwendung gebracht, und zwar wurde zuerst durch 20—50 Minuten, hernach zweistündlich 10—20 Minuten die erkrankte Stelle und ihre Umgebung bepinselt. Die Pinselung verursachte niemals Schmerzen, hatte jedoch eine

deutliche Schwellung der Haut zur Folge. Es wurden fünf Fälle in dieser Weise behandelt. In vier derselben wurde in ein bis zwei Tagen das Erysipel zum Stillstand gebracht; in einem fünften schweren Falle, welcher ein Erysipelas migrans betraf und in welchem Alkoholumschläge in Stich gelassen hatten, konnte ebenfalls in auffälliger Weise der Process begrenzt werden. — (Deutsche med. Wochenschr.; Wien. klin. Wochenschr.)

Dr. Schanz ist der Ansicht, **dass von den zahllosen Modificationen der Bauchbinde nur die von Hoffa als eine zweckmässige betrachtet werden kann.** Dieselbe stützt den Bauch nicht auf die Taille, wie die anderen Binden, sondern auf das Becken. Sie besteht erstens aus einem Theil, welcher das Becken fasst und das Fundament bildet, und aus einem zweiten Theil, der den Bauch fasst und denselben durch seine Verbindung mit dem Beckentheil hält. Den Halt für das Ganze gibt der zum Beckentheil gehörige Hüftbügel. Derselbe ist eine Stahlschiene, welche auf der Rückseite oberhalb des Sitzknorrens beginnt, bis zur Spina posterior superior ossis ilii aufsteigt, dort umbiegt und dem Darmbeinkamm entlang nach der medialen Seite der Spina anterior superior verläuft, dort wieder umbiegt und oberhalb des Poupart'schen Bandes bis in die Gegend der Symphyse zieht. Zwischen den beiden Axillarlinien überschreitet der Bügel den First des Darmbeinkammes, um von der Aussenseite desselben nach der Innenseite zu kommen. Dieser Bügel ist nicht leicht herzustellen. Man muss ihn für jeden Fall besonders biegen. Eine fabriksmässige Darstellung ist unmöglich. Darin liegt eine Beschränkung für die Verbreitung dieser Binde. Denn die Herstellung eines solchen Bügels verlangt mehr Verständniss und technisches Geschick, als solches bei unseren Durchschnittsbandagisten zu finden ist. Die Leistungsfähigkeit der Binde illustrirt folgender Fall: Die betreffende Patientin litt an Fettleibigkeit, einem riesigen Hängebauch, der zu Diastase der Recti mit consecutivem Bauchbruch geführt hat. Die davon ausgehenden Beschwerden waren sehr bedeutende. Die bisher getragene Binde vermochte dieselben nicht nennenswerth zu lindern. Die in der Anstalt des Vf. angefertigte behob die Beschwerden so weit, dass die Patientin die Hoffnung aussprach, sich nun wieder in ihrem Haushalt bethätigen zu können. — (Deutsche med. Wochenschr.; Deutsche Med.-Ztg.)

Neuere Arzneimittel und Receptformeln.

Tannocol ist ein von der Actiengesellschaft für Anilinfabrication, Berlin, dargestelltes, im Magensaft unlösliches Darmadstringens. Es ist eine Gerbsäureverbindung des Leims, welche nach einem besonderen Verfahren in reiner Form gewonnen wird. Das Präparat bildet ein in Wasser nahezu unlösliches, geruch- und geschmackloses, grauweisses Pulver, welches etwa gleiche Mengen Tannin und Leim enthält und die Eigenschaft besitzt, in sauren Flüssigkeiten, insbesondere im Magensaft, schwer löslich zu sein, dagegen von alkalischen Flüssigkeiten, z. B. vom Darmsaft, unter Abspaltung von Tannin gelöst zu werden. Tannocol ist um 20—30% billiger als ähnliche Tanninpräparate; dem Tannalbin gegenüber zeigt es ausserdem eine höhere Magenresistenz bei gleich leichter Löslichkeit im Darmsaft; gegenüber dem Tannigen ist es durch Geruch- und Geschmacklosigkeit, sowie durch die lose, salzartige Bindung des Tannins ausgezeichnet. Das Tannocol hat sich bei der Behandlung acuter und chronischer Enteritiden, insbesondere auch bei den Darmkrankheiten der Kinder bewährt. Dosis: mehrmals täglich 1·0 g für Erwachsene, 0·5 g für Kinder. — (Ph. P.)

Bei Neuralgien:

Rp. Extr. Cannab. ind. 0·5
Acid. salicyl. 5·0
Divide in p. aeq. quinque.
M. D. S. 2—3 Pulver täglich. — (Clinica medica.)

Bei Haemoptöe:

Rp. Extr. Hyoscyami 0·3
Pulv. Digit. 0·7
Ergotin } āā 5·0
Extr. Ratanh. }
M. F. pill. Nr. 40
S. Täglich 3—6 Pillen zu nehmen. — (Allg. med. Central-Ztg.)

Bei Eczema chron.

Rp. Dermatol. 5·0
Zinci oxyd. alb. } āā 20·0
Amyl. }
Vasel. flav. 50·0
M. f. pasta.
S. Aeusserlich.

Bei para- und perimetritischen Exsudaten:

Rp. Thioli 5·0
Glycerini 50·0
S. Aeusserlich; Einlegen von Thiolglycerintampons; gleichzeitig die Bauchdecken mit derselben Salbe einreiben.

Bei Herpes Zoster und Dermatitis herpetiformis:

Rp. Thioli 1·0
Aq. dest. 10·0
M. D. S. Täglich 2mal aufzupinseln.

Bei Typhus:

Rp. Asaprol 0·5
(Naphthol-Calcium monosulfid)
Bismuth. subn. 1·0
M. f. p. d. tal. dos.
S. Tagsüber 4—5 Pulver in Oblaten zu nehmen. — (Ferreira.)

Eine haltbare Cocaïnlösung:

Rp. Cocaini hydrochlor. 0·25
Aq. dest. 10·0
Acid. salicyl. }
vel Carbol. } 0·01

S. Aeusserlich; eine solche Lösung hält sich zwei Monate. — (Pharmac. Centralhalle.)

Bei septischen Processen, acuter Phlegmone und allgemeiner Furunculose:

Rp. Argenti colloidalis (secundum Credé) 5·0
Lanolini 50·0
Vaselini 25·0

S. Einreibung; alle 20—30 Minuten in die gesunde Haut einer Körperhälfte einzureiben. — (O. Werler.)

Bei Hemicranie:

1. Rp. Aethoxycoffeini }
Natr. salicyl. } ää 0·25
Cocaini hydrochlor. 0·02
Aq. Tiliae }
Syr. spl. } ää 20·0

S. Auf einmal zu nehmen. — (Dujardin-Beaumetz.)

2. Rp. Aethoxycoffeini }
Natr. salicyl. } ää 0·2
Aq. dest. 12·0

S. Zur Injection.

Jodkali in Pillenform:

Rp. Kalii jodati 10·0
Sacch. lactis 5·0
Lanolini 4·0

M. f. pill. Nr. 50.

S. Täglich 5—10 Pillen zu nehmen. — (Clinica medica.)

Sitzungsberichte.

Wiener medicinischer Club.

Dr. Rudolf Steiner: Demonstration eines Falles von knotigem Jodkaliexanthem aus der Klinik Kaposi.

Die 28jährige, aus vollständig gesunder Familie stammende Patientin wurde wegen eines Unterleibsleidens zuerst mit Arsen durch zwei Jahre, dann mit Jodkalilösung behandelt, von der sie zwei Esslöffel täglich nahm; sie verbrauchte bis vor sieben Tagen 12 bis 14 Flaschen derselben. Der Ausschlag soll seit sieben Wochen bestehen und fiel der Patientin zuerst auf der Brust auf, weshalb die nebstdem mit leichtem Schnupfen behaftete Patientin das Ambulatorium der Klinik Kaposi aufsuchte und am 7. December auf genannter Klinik sich aufnehmen liess.

Status praesens: Die mässig gut genährte, etwas blass aussehende Patientin zeigt am ganzen Körper, und zwar weniger im Gesichte und am Abdomen, mehr hingegen an der unteren Thoraxpartie, dem Nacken, Rücken, sowie Beuge und Streckseite der Extremitäten linsen-, erbsen- bis haselnussgrosse, lebhaft entzündlich-rothe, stellenweise bereits mehr oder weniger tiefbläulich verfärbte und dann abgeflachte, auf Druck leicht zum Schwinden zu bringende, stark schmerzhafte und ziemlich weich sich anfühlende, scharf begrenzte knotige Efflorescenzen. Die jüngsten und zugleich kleinsten derselben tragen an ihrer Kuppel ein kleines, mit hellem oder auch eiterigem Inhalt gefülltes Bläschen, das bei den älteren zu einer gelblichweissen bis blassbraunen Kruste umgewandelt erscheint; auf den grösseren jedoch sind hellweisse, dichte, fest anhaftende, psoriasisähnliche Schuppen vorfindlich, nach deren Ablösung die einzelnen, den grösseren Knoten zusammensetzenden, den Follikeln entsprechenden Primär-

efflorescenzen in Form kleiner Grübchen zum Vorschein kommen. Während nun im Gesichte, am Nacken und zum Theile auch am Rücken die kleinen Efflorescenzen theils einzeln stehend, theils zu guldenstück- und darüber grossen Plaques angeordnet sich vorfinden, sind die Extremitäten, die untere und seitliche Thoraxpartie, sowie ein Theil des Rückens Sitz der grösseren, stärkere Schuppung und zum Theile auch Abflachung aufweisenden Knoten. Die Drüsen in inguine, der Achselgegend und der Supraclaviculargegend bedeutend geschwollen. Die Leber und Milz einen Tumor vorstellend, einige derbere Tumoren in abdomine nebstdem tastbar. Auf Grund letzteren Befundes, sowie der vorgenommenen Blutanalyse wurde die Diagnose „Pseudoleukämie“ gestellt. Im Harn kein Jod nachweisbar.

Differentialdiagnostisch wäre Akne vulgaris zu erwähnen, von der sich das Exanthem durch das mehr acute Auftreten, die gleichzeitige Anwesenheit gleichartiger Efflorescenzen und das Fehlen von Pigment und Narben unterscheidet. Gegen luetisches Exanthem spricht die Farbe, Schmerzhaftigkeit, die Weichheit starke Schuppung der Efflorescenzen.

Die Prognose des Falles ist eine günstige; die Therapie besteht in Aussetzen des Mittels.

Aus den vom Vortragenden ausführlich mitgetheilten Fällen der Literatur geht hervor, dass das knotige Jodkaliexanthem im Gegensatze zu dem vesiculösen erst nach längerem Jodkaligenuss und nicht selten besonders bei der „anthrakoiden“ Form mit Störungen des Allgemeinbefindens (Pellizari's, Hyde's, Neumann's Fälle) und selbst mit Fieber sich vergesellschaftet. Von letzterem erwähnt Malachowski, dass es als Jodfieber oft aufzufassen ist, da es kurze Zeit nach Beginn der Darreichung bei Fieberlosen auftritt (Neumann's Fall) und nach Aussetzen des Mittels wieder aufhört. Nach Besnier's Untersuchungen ist es für das Zustandekommen des Exanthems auch nicht gleichgiltig, auf welchem Wege das Mittel zugeführt wurde. Bei einem zu diesem Exanthem neigenden Individuum konnte Besnier bei der Darreichung per os und Klysma immer das Exanthem zum Vorschein bringen, während es bei Injectionen derselben Dosis nie auftrat. Dass übrigens auch hier die Disposition eine nicht unwesentliche Rolle spielt, beweist nicht nur der Umstand, dass in vielen Fällen das Exanthem bei bereits allgemein Erkrankten zum Ausbruche kommt, sondern auch die bei Thieren gemachten Erfahrungen, nach denen, wie Prof. Schindelka mittheilte, ähnliche knotige Efflorescenzen meist bei Hunden, und zwar nur bei bestimmten Racen, auftreten, während sie bei anderen gar nie gesehen werden.

Jod in den knotigen Efflorescenzen nachzuweisen gelang Pellizari u. A., die sich damit beschäftigten, im Gegensatze zu den bulbösen Efflorescenzen nicht; aus letzteren konnte nämlich Adamkiewicz Jod erhalten. Im Harne ist es fast immer, wenn nicht zu lange Zeit ausgesetzt wurde, zu finden.

Endlich bliebe noch die Frage zu erörtern, wie das erwähnte Verhalten der Haut gegenüber dem Jodkali zu erklären sei. Da bei den histologischen Untersuchungen (Walker, Pellizari, Giovanini) niemals die Talgdrüsen oder die Schweissdrüsen primär erkrankt vorgefunden wurden, erstere sogar secundäre Atrophie zeigten (Giovanini), so bleibt vorläufig nichts Anderes übrig, als G. Sée und Arnozan sich anzuschliessen, nach deren Ansicht das Jodkali eine Gefässveränderung herbeiführen soll. — (Wiener klin. Wochenschr.)

Wissenschaftlicher Verein der Aerzte zu Stettin.

E. Steinbrück: Ueber Erscheinungen und Behandlung des Hirndruckes traumatischen Ursprunges.

Vortragender demonstrirt das Gehirn eines 45jährigen Arbeiters, der am 3. November 1898 durch Auffallen eines Eisenstückes eine Schädelgehirnverletzung erlitten hatte. Bei der Einlieferung in das Krankenhaus ½ Stunde nach dem Unfall: Koma, kleiner, aussetzender, verlangsamter Puls, schnarchende Athmung, erweiterte rechte Pupille, klonische Starre der Gliedmassen der rechten Körperseite, Zurückbleiben der rechten Brusthälfte bei der Athmung, Blutung aus dem linken Ohre, flacher, handtellergrosser Bluterguss unter der Kopfhaut über dem linken Seitenwandbein ohne Schädeleindruck. Die Erscheinungen mussten als durch Hirndruck verursacht gedeutet werden. Daher Eröffnung des Schädels im Bereich des linken Seitenwandbeinhöckers. Grosses temporales extradurales Hämatom. Ausräumung von 100 g geronnenen Blutes. Unterbindung der blutenden mittleren Aeste der Hirnhautschlagader. Lose Tamponade. Nach der Operation vorübergehende Besserung hinsichtlich des Pulses, der Athmung, der Pupillenreaction. Bewusstlosigkeit blieb bestehen. Tod nach 10 Stunden durch Athmungslähmung. Die Obduction ergab ausser dem Hämatom bezüglich den durch dasselbe bewirkten Eindruck in die linke Gehirnhälfte keine gröberen Verletzungen des Gehirns. Am knöchernen Schädel Fissuren des Schädeldaches und des Schädelgrundes.

Eine nahezu gleiche Schädelgehirnverletzung, durch Absturz von den Hellingen entstanden, hat Vortragender am 27. October 1898 beobachtet. Koma. Cheyne-Stokes'sche Athmung. Starker Bluterguss in die linken Augenlider. Voller, nicht verlangsamter Puls. Neben der Pfeilnaht offener Splitterbruch des linken Seitenwandbeines. Aufhebelung der Fragmente, Erweiterung der Schädelöffnung mittels Meissels. Grosses Hämatom zwischen Dura und linkem Seitenwandbein. Theilweise Ausräumung. Keine Aenderung der Erscheinungen. Tod nach sechs Stunden. Ausser dem Hämatom und den Knochenbrüchen Bluterguss in dem linken Seitenventrikel.

Im Anschluss an diese beiden Fälle erörtert Vortragender die Berechtigung der operativen Eingriffe trotz der Schwere der Erscheinungen und der Complicationen, und stellt dann einen Verletzten mit geheiltem Hirndruck vor, dem am 9. August 1898 ein Stück Eisenschlacke aus beträchtlicher Höhe auf die linke Seite des Schädeldaches gefallen war. Bei der Einlieferung in das Krankenhaus, zwei Stunden nach dem Unfall, bot der Verletzte die Erscheinungen einer Gehirnerschütterung: Leichte Benommenheit, Erbrechen, keine Pulsverlangsamung, keine Pupillendifferenz, keine Lähmungen, Krämpfe. Ueber dem linken Seitenwandbein eine apfelgrosse Blutbeule ohne Schädelimpression. Am folgenden Tage Verwirrtheit, Schläfrigkeit, Pulsverlangsamung auf 60 Schläge. In den nächsten drei Tagen Steigerung der Schlafsucht bis zum Koma, unterbrochen von zeitweiser Unruhe. Pulsverlangsamung bis auf 44 Schläge. Aussetzen der Athmung. Am 13. August temporäre Schädelresection. Extradurales Hämatom unter dem Seitenwandbein hörbar. Nach Entleerung von 50·0 geronnenen Blutes allmälige Rückkehr des Bewusstseins, der Puls blieb mehrere Tage verlangsamt. Glatte Einheilung des Haut-Knochenlappens.

Als charakteristische Erscheinungen des traumatischen Hirndruckes bezeichnet Vortragender den sogenannten freien Intervall und die Pulsverlangsamung. In

der Mehrzahl der Gefässzerreissungen im Gebiete der Art. meningea med. vergehen ein bis mehrere Tage, bis sich die Erscheinungen des Hirndruckes entwickelt haben. Eine schnelle Ansammlung von Blut im Schädelraum hat Vortragender ausser bei den geschilderten schweren Schädelverletzungen, bei Zerreissung des Sulcus longitudin. durch einen Splitterbruch gesehen. Der Verletzte kam mit dem Leben davon.

In zweifelhaften Fällen kann die Untersuchung des Augenhintergrundes Anhaltspunkte geben. Auch über den Sitz des Hämatoms können Zweifel bestehen. Vortragender weist auf die Beobachtungen der sogenannten gleichseitigen Lähmung, der collateralen Hemiplegie hin. Unter Umständen kann der Verletzte gerettet werden, wenn nach erfolgloser Trepanation auf der entgegengesetzten Seite auch auf der gleichen trepanirt wird. Zu verwerthen für das Erkennen des Sitzes des Hämatoms ist das Verhalten der Athmungsmuskeln. Mag der intracranielle Herd lähmend oder reizend wirken, immer bleibt die gegenseitige Brusthälfte bei der Athmung zurück. Im Allgemeinen soll an dem Grundsatz festgehalten werden, dass die Schädeleröffnung nur bei deutlichen Zeichen zunehmenden Hirndruckes und der besonders kennzeichnenden freien Pause nach der Verletzung in Anwendung kommen soll. Ohne zwingenden Grund soll niemals der einfache Schädelbruch in einen offenen verwandelt werden.

Bei Blutungen aus der Hirnhautschlagader, dem Längsblutleiter, wenn diese Blutungen bedrohliche Erscheinungen des Hirndruckes verursachen, und in seltenen Fällen bei dauernden Hirndruckerscheinungen durch Schädeleindruck hält Vf. die Schädeleröffnung für indicirt. Einfache Schädeleindrücke dürften selten einen operativen Eingriff erfordern. Meist erholt sich das Gehirn von diesem Druck. Die Befürchtung, dass ein Schädeleindruck später Geistesstörungen irgend welcher Art hervorrufen könnte, ist kein Grund zur Operation. Hierzu ist noch Zeit, wenn die Geistesstörung thatsächlich eintritt. — (Berl. klin. Wochenschr.)

Aerztlicher Verein zu München.

Stumpf: Ueber den Alkoholgenuss in der Jugend.

Der Alkoholgenuss beginnt schon in den ersten Lebensmonaten. Da die Fettbrüste der dem überreichen Alkoholgenuss huldigenden Mütter zum Stillen untauglich sind, wird zur künstlichen Ernährung gegriffen und den abgezehrten Kindern der Alkohol in Form eines oft sehr zweifelhaften Tokajers eingeflösst. Anderseits besteht die irrige Ansicht, dass ohne einen Genuss von mindestens zwei Liter Bier täglich kein richtiges Stillen möglich sei. Schon im ersten Lebensjahr wird den Kindern Bier gereicht und mit zunehmendem Alter steigert sich dann der Biergenuss. Es ist unbedingt nöthig, dass in dieser Zeit der körperlichen und geistigen Entwicklung von Seiten der Aerzte eingegriffen werde. Die Erfahrung weist darauf hin, dass die Trunksucht sich vererbt, und es ist sehr wahrscheinlich, dass die in den Schulen sich findenden geistig schwachen Kinder von trunksüchtigen Eltern abstammen, denn der Alkohol beeinflusst die Auffassung, das Vorstellungsvermögen und das Gedächtniss in der ungünstigsten Weise. Die Gesammtsumme der Arbeitsleistung ist nach Alkoholgenuss kleiner als ohne denselben. Auch die Lehrerschaft darf ihre Mitwirkung nicht versagen, um den bei Schülerfesten gewährten Biergenuss abzuschaffen. Durch den frühzeitigen Alkoholgenuss wird auch die Widerstandskraft wesentlich herabgesetzt, solche

Kinder sind bei dem Ausbruch acuter Infectionskrankheiten ganz besonders gefährdet. So überflüssig und schädlich der Alkohol für die gesunde Jugend ist, so leistet er unschätzbare Dienste in Krankheitsfällen, er wirkt unter Umständen lebensrettend in einem nicht alkoholisirten Körper. Es obliegt dem Stande der Aerzte die strenge Pflicht, in jeder Familie auf die entwicklungshemmende Wirkung des Alkohols hinzuweisen. Vor dem 16. Jahr soll kein Alkohol gegeben werden. Ein Hauptmittel, zur Abstinenz anzuregen, besteht nach der Ansicht des Redners in der Hebung der Lust zum Sport, und es ist ein grosses Verdienst der Städte, wenn sie zur Ausübung des Sportes möglichst viele Plätze schaffen. Zum Schlusse erwähnt der Vortragende noch einige statistische Angaben über den Bierconsum in Bayern und zieht daraus interessante Schlussfolgerungen, wie gross der Ueberschuss in den Staatseinnahmen wäre, wenn auch nur ein minimaler Bruchtheil dessen, was für das Bier verausgabt wird, dem Staate zu Gute käme.

In der Discussion betont **Moritz**, dass über die medicinische Wirkung des Alkohols noch keine zuverlässigen Beobachtungen vorlägen. M. glaubt, dass auch die belebende Wirkung des Alkohols Narkose ist, es kann ja auch Morphium unter Umständen eine stimulirende Wirkung ausüben.

Smith theilt mit, dass nach den in seiner Anstalt gemachten Beobachtungen auch Kranke bei Collaps keinen Alkohol erhalten und sich trotzdem ganz gut erholen können.

Moritz frägt an, ob Smith auch Trinkern, z. B. bei Pneumonie keinen Alkohol verabreiche.

Smith entgegnet, dass auch diese ohne jeden Alkohol behandelt würden. — (Berl. klin. Wochenschr.)

Bücher-Anzeigen.

Die Sensibilitätsstörungen der Haut bei Visceralerkrankungen. Von Henry Head. M. A. M. D. London. Deutsch herausgegeben von Dr. W. Seiffer. Berlin 1898. Verlag von Aug. Hirschwald.

Ein sehr interessantes Buch, das viel Anregendes enthält und dessen Angaben gewiss vielfach nachgeprüft werden dürften. Die Untersuchungsmethode ist eine sehr einfache. Sie beschränkt sich darauf, bei verschiedenen Organerkrankungen Haupthyperästhesien zu suchen und ist daher eine sehr mühsame. H. führt den Nachweis, dass die inneren Organe den Schmerz auf bestimmte Gebiete der Oberfläche projiciren, und zwar mit einer gesetzmässigen Anordnung und zeigt insbesondere am Kopfe und Halse, dass die durch innere Organerkrankungen hervorgerufenen Empfindlichkeitszonen sich mit den Eruptionszonen des Herpes zoster decken.

Wir können hier auf die Details des Werkes unmöglich eingehen, wollen aber die Lectüre desselben angelegentlichst empfehlen. Die Uebersetzung — die sehr gelungen ist — verdanken wir einer Anregung Prof. Hitzig's, der dieselbe auch mit einer warmen Empfehlung einbegleitet.

Herausgeber und verantwortlicher Redacteur: Dr. M. Heitler. — Verlag von Moritz Perles.
Druck von Johann N. Vernay in Wien.



Die Behandlung des Ulcus molle und seiner Complicationen.

Von Dr. M. Horovitz in Wien.

Wir verstehen unter der Bezeichnung Ulcus molle eine locale, infectiöse, durch einen ganz bestimmten Mikroorganismus hervorgerufene Geschwürsbildung, deren Eiter Generationen hindurch sich sowohl auf den Träger, als auch auf andere Menschen mit Erfolg überimpfen lässt, d. i. man kann mit dem Geschwürseiter durch Uebertragung unter die Epidermis Generationen hindurch ähnliche Geschwüre mit allen ihren Merkmalen künstlich hervorrufen. Durch diese Bestimmung ist eine ganze Reihe ähnlicher, doch dem Wesen nach nicht hieher gehöriger Geschwüre aus dem Bereiche unserer Betrachtung ausgeschlossen.

Für die in Rede stehende Geschwürsbildung cursiren in der Literatur noch andere Benennungen, wie weicher Schanker, nicht inficirender Schanker, venerisches Geschwür, locale venerische Helkose und Helkose schlechtweg.

Es muss also bei der Verbreitung dieses krankhaften Productes der specifische Mikroorganismus stets durch eine Laesio continui auf einen zweiten Menschen oder auf eine zweite Hautstelle übertragen werden und da der geschlechtliche Verkehr die gewöhnliche Gelegenheit ist, bei welcher die Uebertragung stattfindet, so können wir das Ulcus molle als eine Geschlechtskrankheit im eminenten Sinne des Wortes ansprechen. Und so begegnen wir sowohl dem Ulcus molle als auch seinen Complicationen in der Regel auf den Geschlechtsorganen und da das Uebel die Tendenz hat, local zu bleiben und nicht zu metastasiren, so halten sich auch die Complicationen dieses Geschwüres an die Nachbarschaft des Genitales.

Das extragenitale Auftreten des Ulcus molle gehört daher zu den grossen Seltenheiten. Ist schon das extragenitale Auftreten des syphilitischen Primäraffectes, besonders die Syphilis insontium keine allzuhäufige Erscheinung, so ist das extragenitale Auftreten des Ulcus molle an vom Geschlechtstracte entfernten Körperstellen als ein geradezu sehr seltenes Ereigniss zu bezeichnen. Eine einfache Ueberlegung der Thatsache, dass die Syphilis

alle Körpersysteme mit inficirenden, virulenten Producten beschickt, macht es erklärlich, wie durch körperlichen (leiblichen) Contact, ferner durch Gebrauchsgegenstände, die Syphilis auch auf extragenitale Gebiete übertragen wird, während das Ulcus molle mit seiner Tendenz, local zu bleiben, und nach einer bestimmten Zeit (Destructionsperiode) überhaupt nicht mehr überimpfbar zu sein, eine viel engere Quelle für die Weiterverbreitung bleiben muss. Um jedoch Missverständnissen vorzubeugen, wollen wir hervorheben, dass zur Entwicklung eines Ulcus molle alle Hautstellen des Körpers geeignet sind, sofern nur die Ueberimpfungsbedingungen erfüllt werden. (Impfversuche.) So wissen wir, dass angrenzende Hautpartien von einem schon bestehenden Geschwüre her durch den Contact mit dem Geschwürseiter erkranken und zur Production eines oder mehrerer neuer Ulceria mollia Anlass geben können. Das sind ja die durch Selbstinfection hervorgerufenen weichen Geschwüre. Es gehört ja, wie bekannt, zu den Eigenthümlichkeiten des Ulcus molle, in der Mehrzahl aufzutreten, und von diesen multiplen weichen Geschwüren ist gewiss das eine oder andere durch Selbstinfection, also im Nacheinander entstanden; obschon das gleichzeitige Befallenwerden mehrerer Hautstellen gleich im Anfang der Krankheit mit der ersten Infection sehr wahrscheinlich erscheint.

Aus diesen rein klinischen Thatsachen ergibt sich, dass das Virus des Ulcus molle weder bleibende noch vorübergehende, weder locale noch allgemeine Immunität verleiht und nach einiger Zeit sich im Gewebe erschöpft und zu Grunde geht.

Diese Eigenschaften im Vereine mit der Thatsache, dass es fast nie gelingt, auf dem Träger eines harten Schankers durch Impfung einen zweiten harten Schanker zu erzeugen, ist unter vielen anderen Differenzpunkten mit ein Argument und klinischer Behelf, um in zweifelhaften Fällen die Differentialdiagnose zwischen Ulcus molle und Ulcus durum zu stellen und die vollständige Verschiedenheit dieser zwei Gebilde zu demonstriren.

Schon aus diesem Umrisse ergibt sich, dass wir zwischen Ulcus durum und Ulcus molle scharf unterscheiden und in diesen Gebilden nicht zwei morphologische Varietäten, sondern dem Wesen nach völlig verschiedene pathologische Producte erblicken müssen. Während uns das Virus des Ulcus durum und damit der Syphilis trotz aller in dieser Richtung gemachten Anstrengungen ganz und gar unbekannt ist, ist es im höchsten Grade wahr-

scheinlich, dass wir im Streptobacillus von Ducrey-Unna-Krefting den Mikroorganismus des Ulcus molle vor uns haben. Denn nicht bloss die Constanz dieses Parasiten im Eiter des Ulcus molle, sondern auch seine Constanz im Eiter der durch Generationen reichenden Impfgeschwüre — gleichsam Reinzüchtungen auf menschlicher Haut — ferner seine Anwesenheit in Gewebsschnitten des Ulcus molle und endlich im Eiter und im Gewebe der complicatorischen virulenten Bubonen sprechen dafür, dass dies das organisirte Virus unseres Geschwüres ist. Rechnen wir noch dazu, die in zahlreichen Nachuntersuchungen niedergelegten Daten, welche die von den genannten Autoren angegebenen Merkmale und Funde bestätigen, so müssen wir, obschon die Reinzüchtung nach bacteriologischen Regeln uns noch nicht gelungen ist, den Beweis für nahezu gelungen ansehen, dass der genannte Mikroorganismus wahrhaftig der gesuchte Parasit sei.

Nach der Darstellung Ducrey's (1889), Unna's (1892) und Krefting's (1893) haben wir es mit einem kurzen, dicken 1·5—2 μ langen und 0·5—1 μ breiten, an den Enden abgerundeten, in der Mitte etwas eingezogenen Stäbchen zu thun. Es ist stets extracellulär gelagert, doch trägt es zur Leukocytose des Geschwüres bei. Die später an diese grundlegenden Arbeiten sich anschliessenden Untersuchungen von Petersen, Nicolle, Quinquand, Spietschka, Zeissl, Rille und Buschke haben es wahrscheinlich gemacht, dass die kleinen Differenzen in den Angaben der einzelnen Autoren bezüglich der Morphologie und Biologie des Streptobacillus theils aus den differenten Untersuchungsmethoden, theils aus dem differenten Materiale sich ableiten lassen.

Nach Unna's[1]) weiteren Angaben markiren die durch eine Laesio continui in die Haut eingetretenen Bacillen den centralen Theil des späteren Ulcus molle. Allhier vermehrt sich ein Theil dieser Gebilde und dringt in die Tiefe, ein weiterer Theil stirbt ab, es kommt die centrale Pustel zu Stande; die Epidermis wird als trockene Schuppe abgehoben und abgestossen und das Geschwür ist fertig. Die Bacillen verbreiten sich sodann gegen die Peripherie, stets Nekrose des Gewebes herbeiführend. Das neugebildete Plasmom ist aus Rundzellen zusammengesetzt und enthält Bacillen in grosser Menge; sie verbreiten sich als radiäre, wellenförmig geordnete Züge gegen die Peripherie hin, überall Nekrose und Gewebs-

[1]) Unna, Die Histopathologie der Hautkrankheiten (Orth. path. Anatomie) 1894.

zerfall bewirkend. In die Zellen dringen sie nicht ein. Schnitte durch die Randzone des Geschwüres liefern den reichsten Antheil an Bacillen. In den concomitirenden virulenten Bubonen fand Krefting denselben Mikroorganismus, was auch durch Petersen bestätigt wurde; während in den nicht virulenten Bubonen gar keine Mikroorganismen gefunden wurden. Krefting fand selbst in der Haut über einem virulenten Bubo den Mikroorganismus. Diese Thatsachen verdienen eine ganz besondere Aufmerksamkeit, da wir aus denselben den Schluss ziehen können, dass der Streptobacillus es ist, der die Virulenz des schankerösen Bubo bewirkt und daher auch die Virulenz des Ulcus molle denselben Grund haben wird, während die übrigen im Ulcus molle-Eiter vorhandenen Bacterien nur nebensächliche Befunde bilden.

War also schon vor der Kenntniss dieser Mikroorganismen der grösste Theil der Syphiliater im Lager der Dualisten, so ist durch die Entdeckung des Streptobacillus der Unitätslehre der Boden vollends entzogen, zugleich aber der Lehrmeinung des Chancre mixte der Boden geebnet worden. Denn die letzte Lehrmeinung postulirt eigentlich nichts Anderes, als das Zusammenleben unseres Streptobacillus und des unbekannten Syphilisvirus in einem Geschwürsboden. Freilich können wir auf alle in dieser Richtung aufgeworfenen Fragen keine exacte Antwort ertheilen, so lange wir das Virus der Syphilis nicht kennen und den Streptobacillus auf eigenem Nährboden nicht rein zu züchten vermögen. Wir sind nur auf klinische Beobachtungen und Impfversuche angewiesen; allein diese klinischen Beweismittel im Zusammenhalte mit den bis nun bekannt gewordenen bacteriologischen Befunden sprechen ganz entschieden zu Gunsten des Chancre mixte und überdies steht diese Lehre mit unseren sonstigen Kenntnissen in keinem Widerspruche. Fälle von Chancre mixte kommen daher nicht so selten vor.

Diese mehr allgemein pathologischen Daten werden genügen, um die Morphologie und Klinik des Ulcus molle unserem Verständnisse näher zu rücken und die hier anknüpfenden therapeutischen Betrachtungen zu verstehen.

Und so haben wir es mit einem mehr oder weniger runden, seichten, eitrigbelegten, scharfrandigen oder unterminirten, sich weich anfühlenden, eine Zeit lang um sich greifenden, auf den Träger inoculablen Geschwür zu thun, dessen Incubationszeit oft nur nach Stunden zu bemessen ist, welches oft in der Mehr-

zahl auftritt, local bleibt, d. i. dessen Virus nicht in die Blutmasse übergeht und gewöhnlich monoganglionäre Drüsenentzündung bewirkt, falls es überhaupt zu einer Drüsenveränderung in der Leiste kommt. In diesen Attributen ist auch die Differentialdiagnose gegenüber dem syphilitischen Primäraffect (Sklerose), dem Herpes progenitalis, dem Ulcus balaniticum, dem Peniscarcinom und dem Penisgumma gegenüber gegeben. Die bacteriologische Diagnose ist wegen der Umständlichkeit in der Herstellung von Deckglaspräparaten nur in seltenen Fällen zu stellen. Doch müssen wir ganz besonders hervorheben, dass die Diagnose nie nach einem Merkmale, sondern stets unter Berücksichtigung aller Symptome, oft mit Zuhilfenahme des Impfversuches gestellt werde.

Abweichungen von den genannten Symptomen werden oft genug beobachtet, was Form, Härte, Randbeschaffenheit und Ausbreitung betrifft. So kann durch Confluenz vieler Geschwüre eine ganz unregelmässige Form resultiren; nicht minder wichtig für die Form ist der Standort des Geschwüres, indem an manchen Localitäten, wie im Sulcus und auf dem Frenulum mehr rinnenförmige und rhagadische Geschwüre sich bilden. Der Standort beeinflusst auch die Härte, da an Stellen, die von derbem, festen Bindegewebe und von einem reichlichen Blutgefässnetz durchsetzt sind, mehr derbe, harte Geschwüre entstehen. So sind die Geschwüre der Glans penis, des Orif. urethrae, des Präputialrandes und des Sulcus retroglandul. gewöhnlich hart. Wichtig sind die Frenulargeschwüre wegen ihrer Hartnäckigkeit und Neigung zur Bubonenbildung; anfänglich länglich rhagadisch, durchbrechen sie das Frenulum und bilden nach Discission der Brücke eine längliche oder viereckige Geschwürsfläche. Talgdrüsengeschwüre, ebenso wie die Geschwüre der Haarbälge sind kraterförmig vertieft.

Die vorderen Partien des Penis sind die gewöhnlichen Standorte unseres Geschwüres; man begegnet ihnen aber auch auf dem Penisschafte, in der Schamberggegend und auf dem Scrotum. Seltener auf den tieferen Abschnitten der Harnröhrenschleimhaut und in der Leistenbeuge. Beim Weibe sitzt das Geschwür auf den Schamlippen, auf der Commissur der grossen Lippen, auf dem Praeput. clitoridis und auf den Caruneulis; seltener auf Schleimhautflächen.

Etwa 2—3 Wochen dauert die Destructionsperiode, hierauf kommt es zur Reinigung und Reparation des Geschwüres; Ueber-

narbung und Ueberhäutung folgen rasch auf einander. Wächst das Granulationsgewebe rasch und üppig in die Höhe, so haben wir ein Ulcus elevatum vor uns. Etwa 2—3 Wochen lang dauert das zweite Stadium, um letzten Endes an Stelle des früheren Geschwüres mit einer Narbe zu enden. Die Narbe ist lange an dem Pigmentmangel zu erkennen. Besondere Schlüsse lassen sich aus einer Narbe nicht ziehen. War eine Doppelinfection mit Streptobacillen und Syphilisvirus vorhanden, so wird die Narbe hart, die Umgebung derselben derb und fest, und allmälig entwickelt sich eine syphilitische Sklerose mit allen dazugehörigen Consequenzen aus ihr.

Besondere Aufmerksamkeit beansprucht das gangränöse Geschwür. Unter uns oft unbekannten Umständen, manchmal nach mechanischen Circulationsstörungen (Compression, Strangulation, starke ödematöse Schwellung) wird das Geschwür sammt seiner Umgebung schwarz, matsch und nekrotisch, nach einigen Tagen löst sich das brandige Gewebe von seiner Unterlage ab, wobei es oft zu erstaunlich grossen Substanzverlusten kommt.

Eine zweite nicht minder beängstigende, jetzt jedoch immer seltener werdende Geschwürsform ist das serpiginöse (phagedänische) Geschwür, dessen hervorstechendste Eigenthümlichkeit in der rasch vor sich gehenden Gewebszerstörung besteht, so dass binnen einigen Wochen ganze Hautterritorien, der Fläche und Tiefe nach, aufgezehrt werden und nicht selten Blutgefässe arrodirt, Fascien blossgelegt, Hauthüllen (Scrotum) zerstört erscheinen. Diese Form, nicht minder das diphtheritische und erysipelatöse Geschwür sind Dank der modernen antiseptischen Behandlungsweise äusserst rare Erscheinungen geworden.

Zu den Complicationen des Ulcus molle gehört zunächst die entzündliche Phimose. Aus der angeborenen oder erworbenen mit Geschwürsbildung verbundenen Vorhautverengerung quillt übelriechender, dunkelgelber Eiter hervor; die Vorhaut, oft auch die übrige Penishaut ist geröthet, geschwellt, druckempfindlich; die Lymphgefässe markiren sich als rothe Striemen auf dem Rücken des Gliedes und sind als derbe, drehrunde Stränge bis an den Schamberg zu verfolgen. Oft sind die Geschwüre im Innern des Vorhautsackes von aussen her als unebene Stellen zu tasten.

Als zweite Complication heben wir die Paraphimose hervor. Die aus Unkenntniss oder Unverstand hinter die Eichel geschobene und daselbst gelassene Vorhaut entzündet sich, schwillt zu massigen Wülsten an und strangulirt bei zunehmender Schwellung

zusehends die Eichel, so dass letztere dunkelroth und geschwellt erscheint. Zwischen den Vorhautwülsten kommt es zur Eiterung, was bei den Repositionsversuchen sichtbar wird. Sowohl die Phimose, als auch die Paraphimose führen, wenn sie sich selbst überlassen bleiben, zur Zerstörung der Gewebe durch die Eiterung, specifische Verschwärung oder Circulationsstörung. So kann bei der Phimose die Vorhaut vom Geschwüre her angegriffen und durchlocht werden, so dass die Glans durch diese Oeffnung zu Tage tritt (Balanokele) oder es wird die Eichel bei der Paraphimose förmlich nekrotisch und stirbt sammt den anruhenden Stücken der Schwellkörper ab, so dass dadurch eine arge Verstümmelung resultirt; oder die Eichel wird in die Ulceration vom Ulcus her miteinbezogen.

Die wichtigste und lästigste Complication des Ulcus molle bildet die Entzündung, eventuell Vereiterung der zugeordneten Leistenlymphdrüsen. Diese Complication kann gleich im Anfang der Geschwürsbildung, als auch im weiteren Verlaufe und im Schlussstadium auftreten. Durch Aufsaugung und Weiterbeförderung des Schankervirus in die Lymphbahn kommt es zu einer Entzündung oder Vereiterung der Leistendrüsen. Die Haut über den entzündeten Knoten wird schmerzhaft, geröthet, und je nach dem Grade der Entzündung lässt sich eine derbe oder fluctuirende Geschwulst bei namhafter Druckempfindlichkeit durchtasten. Die Leistengegend erscheint geröthet und geschwellt und die betreffende Drüse markirt sich als eine längliche oder spindelförmige Geschwulst. In der Regel handelt es sich um eine, seltener um mehrere dicht nebeneinander stehende Drüsen. Kommt es zu spontanem Durchbruch oder wird durch Kunsthilfe der Knoten entleert, so gelingt es in manchen Fällen, im Eiter Streptobacillen nachzuweisen. Diese Bubonen nennt man virulent; ihr Eiter besitzt die Eigenschaft, in Generationen weiche Geschwüre zu produciren. Sich selbst überlassen oder mit ungenügender Antisepsis behandelt, kommt es zur Bildung des Drüsenschankers, d. h. die Drüsenwunde verwandelt sich in ein offenes, grosses Ulcus molle. Nach Krefting[1]) sind die virulenten Bubonen daran zu erkennen, dass sie mit intensiver Periadenitis, starker Hautröthung und Production eines dunkelbraunen, chocoladeartigen Eiters einhergehen. Der grösste Theil aller Bubonen ist aber nicht virulent, ihr Eiter enthält gar keine Bacterien.

[1]) Krefting, Norsk mag. for Lägevid. Nr. 12. 1897.

Die einfachen Drüsenabscesse sind die leichteren Complicationen im Gegensatze zu den sogenannten strumösen Bubonen, bei welchen es sich um starke Schwellung des lymphatischen Gewebes, um ungewöhnliche Production von Seite der adenoiden Substanz handelt. Bei den letzteren findet man selten eine grosse, zusammenhängende Abscesshöhle, sondern mehrere kleine theils ineinanderfliessende, theils isolirte Abscesse. Oft sind es miliare Abscesschen. Die Behandlung dieser Adenitiden ist eine schwierigere. Die Drüsenvereiterung geht mit mässigem Fieber einher.

Was die Häufigkeit des weichen Geschwüres betrifft, so ist ein merkwürdiges Verhältniss gegenüber den anderen Geschlechtsaffectionen zu beobachten. Während in den ersten Decennien unseres Jahrhunderts das weiche Geschwür dreimal so häufig als der luetische Primäraffect angetroffen wurde, hat sich im Laufe der Jahre dieses Verhältniss allmälig geändert, so dass wir jetzt dreimal so viel harte als weiche Geschwüre beobachten können. Nur während des deutsch-französischen Krieges trat eine Abweichung von dieser Statistik auf, so dass wieder das alte Verhältniss zu constatiren war. Die Ursache dieser merkwürdigen Fluctuation in der Abnahme einer und der Zunahme einer anderen Krankheitsform ist nicht klar. Soll es unsere bessere allgemeine Hygiene oder eine bessere Art im Diagnosticiren sein, womit dieses Factum erklärt werden soll? Im ersten Falle könnte man sich demnach auch der Hoffnung hingeben, dass es einmal gelingen wird, das Ulcus molle ganz und gar auszurotten, wie es Pick[1]) meint.

Um eine klare Einsicht in den gegenwärtigen Stand und die Ziele unserer Therapie zu gewinnen, ist es zweckdienlich, in der Geschichte der Therapie unseres Stoffes drei Perioden zu unterscheiden: erstens die vorantiseptische Zeit, zweitens die Zeit der Antiseptik bis auf die Entdeckung des Streptobacillus und drittens die gegenwärtige Periode. Zu dieser aus dem Bereiche der bacteriologischen Betrachtung hervorgegangenen Eintheilung gesellt sich noch der Umstand, dass unsere pathologisch-anatomischen Kenntnisse, was Geschwürsbildung und Wundheilung — Destruction, Reparation, Virusbeförderung u. Ae. — betrifft, ganz bedeutende Fortschritte gemacht haben. Denn trotz aller controversen Ansichten über die Natur der einzelnen histologischen Details, die hiebei in

[1]) Pick, Penzoldt u. Stinzing, Handb. d. Therap. Bd. 7, 1898.

Frage kommen, so glauben wir doch schliessen zu dürfen, welche Wege das Virus nimmt (Saftspalten, Lymphgefässe), welche Veränderungen die Gewebe unter dem Einflusse der Bacterien und Toxine erleiden (Nekrobiosen), welche Hilfskräfte dem Körper zur Verfügung stehen, um das Bacteriengift unschädlich zu machen (Antitoxine, Leukocytose) und wie die Herstellung normaler Wachsthumsverhältnisse nach Substanzverlusten vor sich geht. (Zelltheilung, Uebernarbung, Ueberhäutung.)

Während in vorantiseptischer Zeit bei Unkenntniss der angezogenen Vorgänge eine oft geradezu verkehrte oder werthlose Therapie mit Salben, Pflastern, Verbandwässern, Aetzmitteln oder Abkochungen geübt wurde, geht unser Bestreben dahin, eine streng antiseptische und causale Behandlung durchzuführen. Dank dieser Therapie sind die früher nicht so seltenen phagedänischen, serpiginösen, diphtheritischen und erysipelatösen Geschwüre fast ganz obsolet und die mit Senkungen, Fistelbildung und Gewebsverdickung einhergehenden chancrösen Bubonen seltene Behandlungsobjecte geworden. Gewöhnlich werden solche Fälle in einem verwahrlosten Zustand den Kliniken von auswärts zugewiesen.

Ob es der polizeilichen Untersuchungsstrenge je gelingen wird, dieses Uebel ganz und gar zu vernichten, ist sehr zweifelhaft, doch lässt sich nicht in Abrede stellen, dass mit gründlichen Untersuchungen von Seite der Polizeiorgane und durch kluge Belehrungen man das Ulcus molle als Ansteckungsquelle immer mehr einengen kann.

Ist einmal das Ulcus da, so kann eigentlich von einer abortiven Behandlung nicht mehr die Rede sein, da die abortive Behandlung eine Entwicklung des Ulcus molle ausschliesst. Die kurze, oft nach Stunden zu berechnende Incubationszeit macht ja eine eigentliche Abortivcur unmöglich. Was man jetzt Abortivcur nennt, ist eine Behandlung des eben erst entstandenen Geschwüres mit Mitteln, welche eine rasche Tödtung des Virus bezwecken oder das Geschwür sammt seiner Umgebung durch einen chirurgischen Eingriff vom Körper entfernen. Also stehen wir vor der Excision des weichen Geschwüres. Wir üben sie wie folgt aus: Nach gehöriger Reinigung und antiseptischer Toilette wird die Geschwürsbasis mit einer Klemme gefasst, abgehoben und mit einem Scheerenschlage abgetragen. Spritzende Gefässe werden gedreht oder abgebunden, die Wunde mittels exacter Naht geschlossen und auf das Ganze ein antiseptischer Verband gelegt.

Der Schnitt muss im gesunden Gewebe, weit vom Rande der Wunde gemacht werden, weil sonst die Narbe leicht chancrös werden und zerfallen könnte und man statt des ursprünglichen, möglicherweise kleinen Geschwüres, jetzt ein grosses Geschwür vor sich haben kann. Es leuchtet ferner ein, dass die Excision nur dann ausgeführt werden darf, wenn das Geschwür an einem leicht zugänglichen Standorte sich befindet. Die Excision hat demnach ziemlich enge Grenzen. Nähert sich die Destructionsperiode ihrem Ende, dann ist sie überhaupt überflüssig. Die Zerstörung des Geschwüres mit Aetzmitteln oder mit dem Glüheisen (Paquelin, Galvanokauter) ist oft von mehr Schaden als Nutzen begleitet. Im Allgemeinen sind wir in der letzten Zeit gänzlich davon abgekommen, die Excision zu üben; es müssen ganz besondere, mehr sociale Gründe vorliegen, die uns für die Operation bestimmen.

Wir halten es daher für zweckdienlicher, durch gut gewählte Mittel die Ausbreitung des Geschwüres hintanzuhalten, die Destructionsperiode abzukürzen und die Reparation so schnell als möglich abzuschliessen. Zu diesem Behufe reinigen wir das ganze Gebiet mit Sublimat (1 : 3000) oder Carbol (5 : 100), bedecken das Geschwür mit Jodoformpulver oder Gaze und breiten darüber in 5% Carbolwasser getauchte Baumwolle. Darüber wird ein luftdichter Verband gelegt, der 2—3 Tage liegen bleiben kann. Die von Neisser empfohlene Bestreichung der Geschwürfläche mit reiner Carbolsäure reicht nicht aus, um Reinigung des Geschwüres zu bewirken, wenn sie nicht 3—4mal vorgenommen wird. Wir combiniren daher unseren Carbol-Jodoform-Dauerverband mit der Neisser'schen Carbolätzung. Wenn man mittels einer kleinen Spatel das Jodoformpulver exact nur auf die Wunde bringt und jede Verstreuung des Mittels peinlich vermeidet, so kann bei luftdichter Absperrung mittels Billroth-Battistes und amerikanischen Heftpflasters der verrätherische Geruch vollkommen unterdrückt werden. Seit einiger Zeit desodorisiren wir das Jodoform mit Creolin und halten Jodoform-Creolin stets vorräthig im Verbandkasten. Dass die Verbände sehr exact angelegt sein müssen, ist selbstverständlich, weil sonst das Jodoform nach aussen verstreut wird und der Geruch sehr aufdringlich wird. Als Ersatz des Jodoforms benützen wir sehr oft mit gutem Erfolg das Airol. Denn, so schätzenswerthe Eigenschaften dem Jodoform auch innewohnen, so sind sein Geruch und die manchmal zu beobachtende starke ödematöse Schwellung nach seinem Ge-

brauche doch Uebelstände, die es nothwendig machen, sich nach einem Ersatzmittel umzusehen. Zu diesen Stoffen zählen wir in erster Reihe Airol; diesem zunächst steht das Natrium sozojodolicum. Das letzte Mittel besitzt die Eigenschaft, das Geschwür sehr schnell zu reinigen, zugleich aber auch die Umgebung stark zu reizen und zu maceriren. Es muss daher sehr vorsichtig nur auf das Geschwür gestreut und auf demselben fixirt werden. Sitzt das Geschwür auf der inneren Vorhautplatte oder im Sulcus oder auf der von vorschieblicher Vorhaut bedeckten Glans penis, so ist es nicht möglich, einen gut sitzenden Dauerverband zu erzeugen. In solchen Fällen muss die Reinigung und das Verbinden täglich erneuert, oft auch 2—3mal des Tages wiederholt werden und man lässt die Verbandstoffe, wenn nöthig und möglich, durch die Vorhaut oder auf ihr fixiren. Ist die Vorhaut geschwellt und schwer vorschieblich, so lassen wir, um das Geschwürssecret zu entfernen, den Vorhautsack mittelst eines dünnen Drainrohres mit Burowlösung (1 : 1) durchspülen, schieben mittels geeigneter Meisselsonden feine, in Burowlösung getauchte Gazestreifen in den Vorhautsack, um eine Absaugung des Geschwüreiters zu erzielen und um einen innigen Contact mit diesem Antisepticum herzustellen. Ueberdies wird das ganze Glied mit kalten Umschlägen bedeckt. Ist die Schwellung zur completen Phimose gediehen, so machen wir die Circumcision und unterlassen alle Dilatationsversuche, zumal dieselben schmerzhaft und selten von bleibendem Erfolge sind. Zunächst reinigen und durchspülen wir die Vorhaut mit Burowlösung und 5%igem Carbolwasser, spalten die Vorhaut auf der Hohlsonde bis an den Sulcus, reinigen die blossgelegte Eichel und tragen mittels einer Hohlscheere in 5—6 Zügen die Vorhaut so ab, dass das Frenulum stehen bleibt. Ebenso lassen wir, wenn möglich, von beiden Blättern schmale Säume stehen, um eine exacte Naht, ohne übermässige Spannung der Gewebe anlegen zu können. In besonders geeigneten Fällen kann man mit der Dorsalincision auskommen: Wenn nämlich das Präputium nicht zu lang und das Frenulum kurz und stramm ist. Die nach der Operation auftretende Schwellung geht unter kalten Umschlägen zurück.

Haben wir es mit einer Paraphimose zu thun, so gilt als erste Regel bei der Reposition, die vor der Einschnürung befindlichen Partien durch allmäligen und mässigen Druck blutleer zu machen und so die Vorhaut über die Eichel zu bringen. Man

comprimire langsam die Eichel von der Spitze her und sodann die Schwellkörper mit den Fingern der rechten Hand und schiebe langsam die Vorhaut mit der linken Hand nach. Uns ist es gelungen, durch diese Methode sehr renitente Paraphimosen noch zu reponiren. Geht es auf diese Weise nicht, dann trachte man durch Wegschiebung der Falten die strangulirenden Stellen ausfindig zu machen, durch tiefe Incisionen die Einschnürungen zu lösen und nun die Reposition zu versuchen. Man vermeide rohe Gewaltanwendung und lasse sich die Mühe nicht verdriessen, 2—3mal die Reposition zu versuchen. In den extremsten Fällen kann noch die Zeissl'sche Operation, d. h. die Auspräparirung eines circulären Bandes aus der Schnurfurche versucht werden. Gelingt die Lösung nicht, dann kommt es leicht durch die anhaltende Circulationsstörung zum Brande des eingeschnürten Theiles und zur Ablösung ganzer Gewebsstücke in Form nekrotischer Fetzen.

Gelingt es in Ausnahmsfällen durch die angegebenen Mittel und Massnahmen nicht, die Destruction des Geschwüres aufzuhalten und einzuschränken, so benützen wir den Höllenstein in Form des Stiftes oder einer 50%igen Lösung; ferner die Bedeckung des Geschwüres mit Gipstheer-Jodoform. Ebenso gehen wir beim Ulcus serpiginosum vor. Die Einwendung, dass lapisirte Geschwüre verhärten, trifft nicht immer zu, auch halten wir das für ganz belanglos; da ja dadurch das Wesen des Geschwüres nicht geändert wird und wir die Diagnose nicht nach den ausschliesslichen Qualitäten, wie sie der Tastsinn gewinnt, stellen, sondern nach der Summe aller Eigenschaften und Symptome, nicht minder nach dem Verlaufe.

Ist das Destructionsstadium vorüber, und unser Können geht ja dahin, dieses Stadium so schnell als möglich abzuschliessen, so ist es unsere Aufgabe, die Benarbung und Ueberhäutung zu beschleunigen. Bei kräftigen, gut genährten Menschen geht es mit den erwähnten Mitteln auch in diesem Stadium vorwärts; allein die Uebelstände (Schwellung, Gewebsmaceration, Oedem und Geruch), die den genannten Jodpräparaten anhaften, ferner die schlechte Heiltendenz mancher Kranken lassen den Arzt nach anderen Mitteln greifen. Solche sind Salben und Verbandwässer. Wir wenden, wenn die Granulationen nicht zu üppig gewuchert sind, 5—10%ige Lapissalben mit einem kleinen Zusatze von Perubalsam an; oder eine 10%ige Borsalbe; Umschläge und Verbände von Kalkwasser mit gleichen Theilen Olivenöl. Als ein vorzügliches Ueber-

häutungsmittel benützen wir unser Heilöl; dieses ist das mit Oe versetzte Macerationsproduct von Melilotus coeruleus. Die mit diesem Oel getränkte Gaze wird als Dauerverband 3—4 Tage belassen; man erstaunt, wie rasch die Ueberhäutung unter diesem Verbande vor sich geht und wie dieses Mittel sich selbst bei zerfallenden Narben bewährt. Die übrigen, in neuer Zeit vielfach gepriesenen Stoffe, wie Europhen, Jodol, Aristol und Xeroform haben uns bei Behandlung des Ulcus molle fast keinen Nutzen gebracht. Sie haben höchstens als austrocknende Substanzen bei stark secernirenden Flächen einen nebensächlichen Werth.

Ein ganz anderes Princip liegt dem Welander'schen Verfahren „der Wärmetherapie“ zu Grunde. Es ist ein mehrfach erhärteter Satz, dass das Virus des Ulcus molle, also der Streptobacillen, gegen Temperaturen von 42° sehr empfindlich ist; eine Stunde lang dieser Temperatur ausgesetzt, verliert der virulente Eiter seine Inoculationsfähigkeit; ebenso erklärt sich die schlechte Haftung des Eiters, der auf hochfiebernde Menschen geimpft wurde. Welander lässt nun aus einer hochtemperirten Wärmequelle fliessendes Wasser durch Röhren laufen, die sich dem kranken Gebiete sehr gut anschmiegen. Diese Therapie setzt daher voraus, dass der Kranke während der Behandlung liegt und der Arzt über ein so exact functionirendes Instrumentarium verfügt. Man sieht auf den ersten Blick, dass diese Therapie in der angedeuteten Form nur für Kliniken und nicht für die poliklinische und ambulante Privatpraxis zu brauchen ist. Denn, obschon jedem mit Ulcus molle behafteten Kranken Muskelbewegung und turnerische Uebungen verboten werden, so lassen wir doch solche Kranke nicht zu Bette liegen; daher die Audry'sche Modification mehr Aussicht auf Erfolg hat. Audry lässt nämlich einen in Weissgluth versetzten Thermokauter nahe an das Geschwür bringen, ohne es zu berühren. Die durch 5—10 Minuten hindurch erfolgte Bestrahlung des Geschwüres genügt, um Schorfbildung und nach einigen Tagen Reinigung zu erzielen. Es sollen nach dieser Therapie auch aufallend selten Bubonen auftreten.

Endlich wollen wir die Therapie der complicatorischen Bubonen besprechen. Um Leistendrüsenentzündungen und Vereiterungen zu vermeiden, schärfe man den Kranken ein, keine anstrengenden Muskelbewegungen zu machen und so die leichteste Schmerzhaftigkeit in der Leiste — ganz gleich, ob der Schmerz und die Schwellung der Geschwürsseite oder der contra-

lateralen Seite entspricht — auftritt, ordne man Bettruhe und kalte Umschläge an. Oft gelingt es, damit die Entzündung hintanzuhalten. In vielen Fällen jedoch kommt es trotz aller Vorsicht zu Leistendrüsenentzündungen und Vereiterungen. Ist deutliche Fluctuation in der Tiefe, dann genügt die Spaltung des Drüsenabscesses, die nachfolgende antiseptische Spülung und Ausfüllung der Höhle mit sterilen Verbandstoffen. Sind Drüsenreste und Gewebsfetzen stehen geblieben, so werden dieselben mit scharfem Löffel entfernt. Und so heilen viele vereiterten monoganglionären Bubonen rasch und ohne Zwischenfall. Die Unannehmlichkeiten fangen erst dann an, wenn mehrere Knoten ergriffen sind, die Eiterung nur in kleinen discreten Herden vor sich geht und die Hautdecke eventuell mit in die Complication einbezogen erscheint. Wollte man hier so lange zuwarten, bis die Eiterung abgeschlossen ist, so könnten höchst unangenehme Senkungen, Eiterabwühlungen und Fistelgänge entstehen. Solchen Adenitiden gegenüber bleibt nichts übrig, als die radicale Exstirpation des ganzen kranken Paketes. Man spaltet die Haut der ganzen Länge nach, löst stumpf mit dem Finger das kranke Gebilde von der Umgebung vorsichtig los; die sich dazwischenstellenden Gewebsbrücken und Gewebsfäden werden doppelt unterbunden und durchtrennt, um starke Blutungen zu vermeiden. Nun soll noch das ganze Paket von der Basis losgelöst werden, was stets mit Vorsicht geschehen muss. Wir pflegen die Drüsengeschwulst vorsichtig in die Höhe zu ziehen und den Hilus doppelt zu unterbinden und dann mit einem Scheerenschlag zu lösen. Hierauf antiseptischen Verband. Wir arbeiten nach wie vor mit Carbol- und Jodoform und pflegen, wenn es sich um grosse Drüsentumoren handelt, zu narkotisiren. Die kleinen Abscesshöhlen werden unter Cocaïnanästhesie geöffnet. Wir haben nie Blutungen aus grossen Gefässen unter Beibehaltung der erwähnten Vorsichtsmassregeln gesehen. Die gesunden Hautränder lassen wir stehen; die stark gerötheten, verdünnten, stellenweise schon vom Eiter durchsetzten und durchlochten Hautränder werden abgetragen, da sie sonst gangränös werden und verloren gehen.

Kommt es zuweilen vor, dass die Ueberhäutung nicht vorwärts gehen will oder dass die neugebildete Narbe sammt Haut zerfällt, da leistet uns unser oben erwähntes Heilöl gute Dienste. Mit ebenso gutem Erfolge pflegen wir bei schlecht heilenden

Adenitiden, besonders wenn sie zu Senkungen und Fistelbildung tendiren, protrahirte lauwarme Bäder anzuwenden. Sind Drüsenreste stehen geblieben, so warte man nicht zu lange, sondern entferne sie thunlichst schnell, da sie sonst rasch in die Höhe schiessen und ganz bedeutende Tumoren bilden.

Dies ist die regelrechte Therapie für die gewöhnlichen Fälle. Oft ist es freilich angezeigt, von dieser Methode abzuweichen. Entweder gestattet der Patient keinen operativen Eingriff oder wir glauben, dass unter günstigen Resorptionsverhältnissen der Eiter sich aufsaugen kann und so der Drüsenabscess ohne Einschnitt abheilen wird. Da punktiren wir den Abscess, verbinden die Punctionsöffnung mit antiseptischen Mitteln und legen darüber einen Compressionsverband. In einigen Fällen ist es uns gelungen, die Adenitis auf diese Weise zum Verheilen zu bringen. Aehnlich ging auch Auspitz vor. Doch zögere man nicht zu lange mit der Incision, wenn diese Therapie erfolglos war, man verliert sonst zu viel Zeit.

In neuerer Zeit wurde diese Methode nach einer Richtung hin erweitert und mit gutem Erfolge cultivirt. Man punktirt den Drüsenabscess an der tiefsten Stelle, spült die Höhle mit benzoësaurem Hg, mit Lapislösung, mit Sublimat, Jodoformemulsion, oder physiologischer Kochsalzlösung durch und verbindet compressiv das Ganze; man kann noch ein zweites Mal diese Procedur wiederholen und erzielt nicht selten einen sehr guten Erfolg. Doch wurden auch bei dieser Methode einzelne Misserfolge gesehen; so wurde die Punctionsöffnung chancrös oder es wurde die Haut über dem Bubo gangränös oder es kam wieder zu Eiteransammlung, so dass schliesslich die Incision in ausgedehntem Masse vorgenommen werden musste.

Wird der Bubo chancrös, so ist die antiseptische Auswaschung und Auswischung der Höhle und die nachfolgende Jodoformbehandlung das rationellste Mittel, um ein Weiterschreiten zu verhindern.

Während in früheren vorantiseptischen Zeiten sich nicht selten gefürchtete Complicationen (Blutungen, Eiteransammlungen, Rothlauf, Senkungen etc.) und selbst Todesfälle bei Bubonen ergaben, so sind diese Ausgänge jetzt fast unbekannt; auch ist die Behandlungszeit eine relativ kurze gegenüber der früheren langwierigen Behandlungszeit.

REFERATE.

Interne Medicin.

Bemerkungen über die Behandlung der Fettleibigkeit mit Schilddrüsenpräparaten. Von Wilhelm Ebstein. (Aus der med. Klinik in Göttingen.)

Vf. hat auf seiner Klinik sieben Kranke wegen Fettleibigkeit mit Schilddrüsenpräparaten behandelt. Er fasst seine Bedenken gegen die Entfettungscuren mit Schilddrüsenpräparaten in folgende Sätze zusammen: 1. Die Entfettungscuren mit Schilddrüsenpräparaten sind in ihren praktischen Ergebnissen unbefriedigend, weil die Gewichtsabnahme dabei inconstant ist und bei Gebrauch der üblichen Dosen anscheinend gar nicht selten völlig ausbleibt. In den Fällen aber, wo eine Gewichtsabnahme eintritt, hört sie nach einer kurzen Zeit auch bei Fortgebrauch der bis dahin erfolgreich gewesenen Dosen auf, jedenfalls erlischt die Wirkung meist sofort mit dem Aussetzen des Mittels. Vf. hatte bei dem Gewichtsverlust, welcher durch Darreichung von Schilddrüsenpräparaten bei Fettleibigen erzielt wird, die Steigerung des Wohlbefindens vermisst, welche er bei Einleitung von entsprechenden diätetischen Curen und bei dem Einhalten eines geeigneten Regimens zu sehen gewöhnt ist.

2. Die Entfettung mit Schilddrüsenpräparaten ist keine rationelle Entfettungsmethode. Als solche kann nur diejenige gelten, bei welcher der Körper nur Fett verliert. Magnus-Levy spricht von einem Eiweiss- und Fettschwund bei der Schilddrüsenfütterung. Der Eiweissverlust steht aber doch in erster Reihe. P. F. Richter meint nicht unwidersprochen, dass man durch eine geeignete Ernährung, d. h. bei genügender Calorienzufuhr eine Gewichtsabnahme ohne Eiweisszerfall bei der Verabreichung von Schilddrüse erzielen könne. Soweit Vf. die Sache zu übersehen vermag, genügt das bis jetzt vorliegende Material nicht, um seiner Anschauung, dass die Schilddrüsenbehandlung der Fettleibigkeit keine rationelle Methode sei, zu entkräften. Dazu kommt, dass eine Entfettungsmethode nur dann als rationell angesehen werden kann, wenn sie mit ungiftigen Substanzen arbeitet. Nun kann erfahrungsgemäss die Einverleibung der Schilddrüse als eine solche nicht angesehen werden. Man kann derartige Mittel nur gelten lassen, wenn wir damit

Krankheiten behandeln, welche schlimmer sind als das Mittel selbst. Die Behandlung des Myxödems mit Schilddrüsensubstanz ist rationell, aber die Fettleibigkeit ist in den Fällen, wo die Schilddrüsenpräparate überhaupt in Frage kommen können — bei den schlimmsten Formen wird dies Keiner wagen — doch zu harmlos, bezw. zu gutartig, um die Patienten den Gefahren der Schilddrüsenvergiftung auszusetzen.

3. Endlich braucht man die Schilddrüsenbehandlung der Fettleibigkeit nicht. Wir haben Methoden genug, welche bei geschickter Handhabung einen guten Erfolg sichern, ohne mit Gefahren verbunden zu sein. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1 u. 2, 1899.)

Ueber Arhythmie des Herzens. Von Franz Riegel.

Unter normalen Verhältnissen zeigt das menschliche Herz im Allgemeinen einen gleichmässigen Rhythmus seiner Schlagfolge. Auch wenn stärkere Anforderungen an dasselbe gestellt werden, infolge dessen die Zahl der Herzschläge mehr oder minder beträchtlich die Norm übersteigt, bewahrt die Herzaction in der Regel ihren gleichmässigen Rhythmus.

Störungen des Herzrhythmus sind im Allgemeinen nicht häufig. Stets stellen sie ein pathologisches Phänomen, eine Störung der normalen Function dar. Vom klinischen Standpunkt aus kann man sagen, dass jede Irregularität ein Missverhältniss zwischen Herzkraft und der zu leistenden Arbeit bedeutet. Störungen der Herzfunction in Form einer Arhythmie sind bald vorübergehend, bald dauern sie längere Zeit an.

Arhythmien werden vor Allem in Krankheitsfällen beobachtet, die mit einer Insufficienz des Herzmuskels einhergehen. Diese Insufficienz kann eine absolute, aber auch eine relative sein, bedingt durch eine abnorme Erhöhung der peripheren Widerstände. Bald ist diese Insufficienz eine rasch vorübergehende, bald eine dauernde. Bei jeder stärkeren und andauernden Arhythmie muss der erste Gedanke an eine Schädigung des Herzmuskels sein. Relativ am häufigsten begegnet man hochgradiger und andauernder Irregularität bei ausgedehnter schwieliger Myokarditis. Selbst wenn es in solchen Fällen gelingt, mit Digitalis die Herzkraft zu heben, so schwindet, wenigstens in höhergradigen Fällen, trotzdem die Irregularität kaum je vollständig. Bei den Irregularitäten, die bei Klappenfehlern im Stadium der gestörten Compensation auftreten, schwindet meistens mit der Hebung der Herzkraft unter der Einwirkung

der Digitalis auch die vordem bestandene Irregularität. Das Fortbestehenbleiben der Irregularität bei Klappenfehlern nach Digitalis ist stets ein ominöses Zeichen, das auf tiefgehende Veränderungen des Herzmuskels hinweist.

Eine nicht seltene Ursache der Herzarhythmie stellt das sogenannte Mastfettherz dar. Man begegnet ihr hier nur in einem kleineren Theil der Fälle. Unter 700 Fettleibigen fand Kisch nur in 55 Fällen Arhythmie. Selten beobachtete er Arhythmie bei Fettleibigen im jugendlichen und mittleren Alter; die meisten der an Arhythmie leidenden Lipomatösen hatten das 50. Lebensjahr zurückgelegt. Diese Arhythmie der Fettleibigen tritt bald nur in Form einzelner Herzintermittenzen, bald als Irregularitas oder selbst als Delirium cordis auf. Die erste Form, die nur einen leichten Grad der Herzirregularität darstellt, wird gewöhnlich bei jugendlichen Individuen in mittleren Jahren beobachtet und kann heilen, während die schweren Formen der völligen Arhythmie und des Deliriums unter Umständen einer Besserung, meistens aber nicht einer völligen Heilung zugänglich sind. Im gegebenen Falle wird der Grad der Herzirregularität davon abhängen, ob es nur zu einer Umwachsung oder auch zu einer Durchwachsung und theilweisen Degeneration des Herzmuskels selbst gekommen ist.

Auch zur Zeit der Menopause kommen zuweilen Irregularitäten, verbunden mit Tachykardie, vor. Dieselben treten meistens anfallsweise auf.

Allgemeine Arteriosklerose kann mit einer Sklerose der Coronararterien einhergehen und so eine directe Schädigung des Herzmuskels herbeiführen; allgemeine Arteriosklerose kann aber auch für sich durch den erhöhten Widerstand, den sie im Gefässsystem erzeugt, die Herzarbeit erschweren und so zu Irregularitäten führen. Dies steht mit den experimentellen Resultaten in gutem Einklang, wobei sich ergab, dass es bei Erhöhung der Kreislaufwiderstände zu Unregelmässigkeiten des Herzschlages kommt. In analoger Weise gelingt es, Unregelmässigkeiten des Herzschlages durch dyspnoische oder reflectorische Vasoconstrictorenreizung herbeizuführen. Zu dieser Gruppe der Arhythmien ist auch die nach stärkerer Muskelarbeit zuweilen beobachtete Arhythmie zu rechnen. Auch vom Peri- und Endokard aus können, wie Heitler experimentell erwiesen hat, Arhythmien ausgelöst werden; die klinische Erfahrung stimmt hiemit überein.

Bei vielen anderen Erkrankungen sieht man zuweilen Arhythmie. In erster Reihe bei Cerebralerkrankungen, insbesondere Meningitis, Apoplexien, Hirnanämie. Auch vom Vagus aus können Arhythmien veranlasst werden; es ist eine Reihe von Fällen beobachtet worden, wo geschwollene Lymphdrüsen einen Druck auf den Vagus ausübten und so Arhythmie erzeugten.

Zu den nicht gerade häufigen Ursachen der Arhythmie gehören heftige psychische Erregungen, Schreck, Angst u. dgl. Bei hochgradiger Irritabilität des Herzens tritt eine Rhythmusveränderung des Herzens bei manchen Menschen schon in dem Momente ein, in dem man das Herz auscultirt. (Winternitz.) Dies beobachtet man zuweilen schon bei scheinbar Gesunden, häufiger bei Neurasthenikern. Die hier auftretende Störung des Herzrhythmus ist oft nur eine ganz momentane, in anderen Fällen dauert sie einige Zeit an.

Eine weitere Gruppe von Erkrankungen, die zuweilen zu Arhythmie führt, stellen Magen-, Darmkrankheiten, sowie Erkrankungen der Leber dar. Viel häufiger als Irregularität beobachtet man aber hier Bradykardie. Eine seltenere Ursache der Herzarhythmie ist plötzliche Kälteeinwirkung.

Viel häufiger sieht man Arhythmien in und nach der Krise acut fieberhafter Krankheiten, nach Pneumonie, Typhus u. dgl. Die Arhythmie geht in diesen Fällen häufig mit Bradykardie einher; in anderen Fällen beobachtet man Bradykardie allein. Letzterer allein begegnet man vor Allem bei solchen Erkrankungen, die mit einem kurzdauernden hohen Fieber einhergehen, aber mit plötzlicher Entfieberung endigen, wie z. B. die Pneumonie. Die Bradykardie ist nur der Ausdruck der Ermüdung. In anderen Fällen ist Arhythmie mit Bradykardie gepaart; ein derartiges Zusammentreffen spricht für eine stärkere Erschöpfung des Herzens, für eine wirkliche Herzschwäche. Damit stimmt überein, dass in derartigen Fällen oft schon bei der geringsten Anstrengung. so z. B. schon beim Aufsetzen im Bett, alsbald eine beträchtliche Vermehrung der Herzfrequenz eintritt. In wieder anderen Fällen geht die Arhythmie mit Tachykardie einher. Leichtere Grade dieser Arhythmie können durch Lähmung der Vagi mit Atropin zum Schwinden gebracht werden. (Dehio.) In schwereren Fällen bleibt Atropin wirkungslos. Die letzten Ursachen der Arhythmie müssen demnach hier im automatischen Apparat des Herzens und nicht im Vagus gesucht werden.

Auch gewisse toxische und medicamentöse Substanzen rufen unter Umständen Arhythmie hervor. Am häufigsten vorkommend sind die Arhythmien, die durch übermässigen Genuss von Kaffee, Thee und Tabak veranlasst sind. Auch Bleiintoxication führt ausser zu Pulstardität zuweilen zu Arhythmie; desgleichen bewirkt Digitalis nicht selten Pulsarhythmie, insbesondere in Form einer Bigeminie. Sowohl die acute Nephritis, wie auch gewisse Formen der chronischen Nephritis führen zu einer erhöhten Spannung des Gefässsystems; damit geht häufig Bradykardie, zuweilen auch Irregularität einher. Auch hier liegt es am nächsten, an toxische Wirkungen zu denken. Hochgradige Larynxstenosen, mediastinoperidiale Verwachsungen u. dgl. sind die Ursache des P. paradoxus. Auch hochgradige Erschöpfungszustände, schwere Anämien gehen zuweilen mit Arhythmie einher.

Die Prognose richtet sich nach der Ursache, die die Arhythmie zur Folge gehabt. Ebensowenig wie eine einheitliche Prognose kann es eine einheitliche Therapie für die Herzarhythmien geben. Die Therapie muss in erster Reihe eine causale sein. In zweiter Reihe gilt es, die insufficiente Herzkraft als solche zu heben; auch hiefür gibt es keinen einheitlichen Weg. — (Volkmann's Samml. klin. Vorträge. Nr. 227.)

Ein Fall von acuter Vergiftung mit Hydrastis canadensis. Von Dr. F. Miodowski.

Vf. hat einem 65jährigen Manne, der an heftiger Bronchitis litt, dreimal täglich 20 Tropfen Hydrastis canadensis verordnet, um durch eventuelle Contraction der Lungenblutgefässe eine Verminderung der Secretion in den Bronchien und ein Nachlassen der Entzündung herbeizuführen. In der nächsten Nacht wurde Vf. zu dem Patienten gerufen, der folgenden Zustand darbot. Patient sitzt mit etwas vornübergebeugtem Oberkörper auf dem Sopha, mit den Händen sich krampfhaft an dessen Lehnen haltend. Die Augen irren ängstlich in der Stube umher, die Gesichtsfarbe ist livid, die Lippenschleimhaut und Zunge stark cyanotisch verfärbt, die Respiration rasch, die auxiliären Athemmuskeln werden dabei kräftig angespannt. Bei jeder Inspiration hört man von ferne Rasseln, bei der Exspiration ein Pfeifen. Der Puls klein, weich, leicht unterdrückbar und erheblich verlangsamt. Die Stirn des Patienten mit kaltem Schweiss bedeckt. Auf den Lungen überall mittel- und feinblasiges Rasseln, ohne dass percussorisch eine Dämpfung

nachweisbar, besonders stark in der linken Seite, wo auch stellenweise Bronchialathmen zu hören ist. Die Herztöne infolge der Lungengeräusche anfangs schwer hörbar, später jedoch deutlicher werdend, sind völlig rein, doch verlangsamt, der Spitzenstoss nicht palpirbar. Nach Excitantien und nachdem Patient sich übergeben hat, bessert sich der Zustand allmälig, die Respiration wird ruhiger, das Pfeifen und Rasseln bei der Athmung lässt nach, der Puls wird wieder kräftiger und regelmässiger, das Sensorium freier, so dass der Patient die an ihn gerichteten Fragen beantworten kann. Er gibt an, die ihm vorgeschriebenen Tropfen zweimal eingenommen zu haben, das letzte Mal vor dem Schlafengehen. Nachdem er sich gelegt hatte, begannen nach kurzer Zeit die Athembeklemmungen, so dass er aufstehen und in der Stube umhergehen musste. Die Athemnoth wurde jedoch immer intensiver. Infolge der Hydrastis canadensis ist eine Herzerschlaffung eingetreten, die dann secundär durch Stauung zu dem Lungenödem Veranlassung gegeben hat. Diese Annahme stimmt auch mit den von Fellner bei Thierversuchen gefundenen Thatsachen überein. Dieser Fall mahnt zur Vorsicht im Gebrauche dieses Mittels, zumal die Zufälle schon nach Einnahme von im Ganzen 40 Tropfen des Fluidextractes erfolgten und das Mittel selbst eine cumulative Wirkung hat. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5, 1899.)

Heroin, ein neues Ersatzmittel des Morphins. Von Dr. Franz Tauszk.

Vf. berichtet über seine mit diesem neuen Sedativum erzielten Erfahrungen. Es wurden im Ganzen behandelt 16 Fälle, davon 8 Phthisis, 1 Asthma bronchiale, 1 Pneumonia crouposa, 1 Pleuritis und 4 Bronchitiden. Die Wirkung war in allen Fällen eine beruhigende. Der Hustenreiz hörte in allen Fällen entweder in kürzerer oder längerer Zeit ganz auf, oder wurde wesentlich gemildert. Ein besonderer Vorzug des Präparates ist, dass die Wirkung sehr rasch eintritt. Das subjective Befinden der Patienten zeigte ohne Ausnahme Besserung. In dem Falle von Asthma bronchiale haben sich nach 0·003 g Heroin die schweren Athemnothanfälle nicht wiederholt. Vf. hatte auch Gelegenheit, die Wirkung des Heroins im Vergleiche zum Morphin zu beachten. Eine seiner Patientinnen, die durch Wochen hindurch zur Beruhigung ihres hartnäckigen Hustens täglich vermehrte Gaben von Morphin, zuletzt 0·003 g bekam, ohne dass der quälende, die

Nachtruhe störende Husten aufgehört hätte, wurde mit 0·003 g Heroin sofort beruhigt. Nach Behauptung der Patientin fühlte sie sich seit Monaten nicht so wohl und verliess nach achttägiger Heroinbehandlung, ihrer Meinung nach vollständig gebessert, die Klinik. Bei einer anderen Patientin erwiesen sich grössere Gaben von Codeïn 0·06—0·10 g pro die vollständig erfolglos. 0·003 g Heroin äusserten fast sofort eine beruhigende Wirkung und bei einem der behandelten Phthisiker, der während seiner fünfmonatlichen Behandlung eine ganze Reihe von narkotischen Mitteln (wie Codeïn, Extr. Opii aquosum, Extr. Hyosciami, Morphin) ziemlich erfolglos gebrauchte, war die beruhigende Wirkung des Heroins ebenfalls augenfällig. Bei Pneumonie zeigte das Heroin neben seiner hustenstillenden Eigenschaft auch zweifellos schmerzstillende Wirkung. Vf. stellte weitere Versuche bezüglich der schmerzstillenden Wirkung des Heroins bei verschiedenen anderen, mit Schmerzen verbundenen Erkrankungen an, so z. B. bei Neuralgia nervi trigem, Diabetes, Enteralgie und Hemicranie und kommt zu dem Resultate, dass die Wirkung auch hier zweifellos sei und z. B. die ischiasartigen Schmerzen sehr rasch aufhören, dass jedoch in solchen Fällen die Wirkung hinter der des Morphins zurückbleibe. Hinsichtlich unangenehmer Nebenwirkungen hat Vf. bloss in einem Falle bei längerem Gebrauche des Heroins bei einem Patienten Eingenommenheit und leichtes Schwindelgefühl constatirt; anderseits hat Vf. Patienten in Behandlung, die seit vier Wochen ohne die geringste Unannehmlichkeit Heroin in verschiedenen Gaben einnehmen. Bei längerem Gebrauche scheint eine Angewöhnung einzutreten, die jedoch durch die geringe Erhöhung der Dosis um 0·005 g leicht paralysirt werden kann.

Das Heroin wird stets in Pulverform mit Saccharum oder Natr. bicarb., öfters auch mit Sulf. aurat. antim. verabreicht. Als geeignetster Zeitpunkt zur Darreichung erwies sich die Zeit einer halben oder einer Stunde vor dem Essen. Pro dosi 0·01 g, als tägliche Dosis genügen 0·01—0·03 g, eine höhere tägliche Gabe als letztere wurde niemals verabreicht. Vf. kommt zu dem Schluss, dass Heroin ein ausgezeichnetes hustenreizstillendes Mittel sei, welches in dieser Hinsicht über dem Codeïn und selbst über dem Morphin stehe, ohne dass es die übrigen sedativen Eigenschaften dieser Letzteren besässe. Das Heroin lässt sich längere Zeit hindurch mit langsamer Steigerung der

Dosis und ohne schädliche Folgen geben, wobei die an und für sich ganz unbedeutende Nebenwirkung nicht in Betracht kommt. Es kann als sicher angenommen werden, dass das Heroin unter der grossen Masse der neueren Arzneimittel nicht sobald verschwinden wird. — (Orvosi Hetilap; Wien. klin. Rundsch. Nr. 9, 1889.)

Ueber die therapeutische Anwendung des Jodipins bei Asthma bronchiale und bei Emphysem. Von Dr. Otto Frese. (Aus der med. Universitäts-Poliklinik in Halle a. S.)

Das Jodipin ist eine Additionsverbindung von Jod und Sesamöl, resp. Mandelöl. Von anderen, Jod und Fett enthaltenden Präparaten, wie dem Jodvasogen und Jodvasol, unterscheidet es sich dadurch, das es eine wirkliche chemische Verbindung zwischen Jod und Fett darstellt, während es sich bei den Letzteren im Wesentlichen um eine Lösung von Jod in Kohlenwasserstoffen von dem Typus des Vaselins handelt. Das Jodipin unterscheidet sich dem Geschmack und Aussehen nach in keiner Weise von dem zu seiner Darstellung benutzten Fett. Es ist äusserst beständig und selbst bei monatelanger Aufbewahrung findet keine Abspaltung von freiem Jod statt. Im Körper wird es, wie die Thierversuche von H. Winternitz ergeben haben, theils gespalten, theils für kürzere oder längere Zeit als solches in den verschiedensten Organen, namentlich aber im Fettgewebe, abgelagert.

Vf. hat das Jodipin bei 13 Patienten mit asthmatischen Beschwerden angewendet; in 6 Fällen handelte es sich um reines Asthma bronchiale, in 7 Fällen um asthmatische Beschwerden bei chronischem Emphysem und Bronchitis. Es wurde ein 10% Jod enthaltendes Präparat benutzt und davon täglich 2—3 Theelöffel voll gegeben. Ein Theelöffel voll, zu 3·5 g angenommen, würde also 0·35 Jod enthalten, entsprechend 0·457 Jodkalium. Die täglich dargereichte Menge Jod hielt sich also unterhalb der sonst üblichen Jodgabe in Form des Alkalisalzes. Die meisten Kranken nahmen das Jodipin ohne Widerwillen, nur eine Patientin erklärte nach achttägigem Gebrauch des Mittels, es wegen seines öligen Geschmackes nicht weiter einnehmen zu können.

In allen Fällen war eine Einwirkung des Jodipins auf den Krankheitsverlauf festzustellen, in fast allen eine sehr günstige, in manchen Fällen eine überraschend gute. In einem

Falle von Asthma bronchiale war eine günstige Einwirkung des Jodipins, trotzdem das Asthma mit grosser Wahrscheinlichkeit durch adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum hervorgerufen wurde. Das Jodipin ist ein Mittel, in gleichem Sinne wirksam, wie die in solchen Fällen gewöhnlich angewandten Jodalkalien. Das Jodipin hat den besonderen Vorzug vor dem Jodkali, dass es den Magen in keiner Weise schädigt und den Darm zu Peristaltik anregt. Intoxicationserscheinungen wurden niemals beobachtet. Selbst Schnupfen wurde nur einmal vorübergehend notirt. Zweimal klagten Patienten über Uebelkeit, bei einem derselben kam es auch zu Erbrechen und Durchfall, doch war es in beiden Fällen zweifelhaft, ob dem Jodipin diese Erscheinungen zur Last gelegt werden durften, zumal alle anderen Zeichen des Jodismus fehlten. Conjunctivitis, stärkeres Kopfweh, Jodakne wurde in keinem Falle beobachtet. Ein weiterer Vorzug des Jodipins scheint seine länger anhaltende günstige Nachwirkung zu sein. Eine Erklärung für diese auffallende Erscheinung ist in dem längeren Verweilen des Jodfetts im Körper gegenüber den Jodalkalien. Vf. konnte noch am 8. bis 10. Tage nach Aussetzen des Mittels Jod im Harn nachweisen, während bei Jodkaligebrauch am 3. Tage gewöhnlich die letzte Spur Jod aus dem Urin verschwunden ist. Infolge dieser Eigenschaft des Jodipins, lange im Körper zu verweilen, kann man das Mittel zeitweise aussetzen, um es dann nach mehreren Tagen wieder zu verordnen. In einigen Fällen scheint auch die momentane Wirkung des Jodipins eine kräftigere als die der Jodalkalien zu sein. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 7, 1899.)

Die Behandluug der Tuberculose mit Glandulen. Von Prof. G. Scognamiglo.

Vf. hat das Glandulen bei 31 Fällen von Lungenschwindsucht in Anwendung gebracht, worunter 7 sich im Initialstadium befanden, bei 14 der tuberculöse Process im Mittelstadium begriffen war, bei den übrigen Kranken es sich um fortgeschrittenere Perioden der Krankheit handelte.

Bei den Fällen im Initialstadium fiel die Glandulencur glänzend aus. Innerhalb 7—9 Wochen wurde das vollständige Verschwinden der subjectiven und objectiven Erscheinungen erzielt. Die Anfangsdosis war dreimal täglich eine Tablette. Nach und nach wurde dieselbe bis zu 12—15 Tabletten pro die gesteigert. Nie wurde irgend eine unerfreuliche Nebenwirkung constatirt.

Das Gesammtergebniss der Glandulencur bei den Tuberculosen im Mittelstadium war folgendes: Bei allen Kranken vollständiges Verschwinden der subjectiven Erscheinungen und bei acht auch des objectiven Befundes. Bei den übrigen Fällen hatten die objectiven Veränderungen eine mehr oder minder beträchtliche Verminderung erfahren. Unzweifelhaft ist, dass auch diese Kranken wieder ihrem Berufe nachgehen konnten.

In den Fällen, bei welchen der tuberculöse Process in fortgeschrittenem Stadium war, war das Ergebniss folgendes: Die Glandulencur wurde durch 18—20 Wochen durchgeführt. Die Anfangsdosis war drei Tabletten pro die und nach und nach wurde dieselbe bis auf 18—20 Tabletten gesteigert. Bei sämmtlichen Patienten wurde nach 3—4 Wochen ein mehr oder minder bedeutender Rückgang einiger Krankheitserscheinungen — Fieber, Husten, Appetitlosigkeit — erzielt. Die Localerscheinungen blieben unverändert. Nach 9—10 Wochen war eine fortschreitende Besserung zu constatiren, weiterer Nachlass des Fiebers, des Hustens und der Athemnoth, Verminderung der Tuberkelbacillen und der elastischen Fasern im Auswurf. Ernährungszustand verbessert, Zunahme des Körpergewichtes. Eine kleine Besserung der Localerscheinungen. Innerhalb der 14.—15. Woche: Verschwinden des Fiebers, Husten, Athemnoth und Nachtschweisse geringer. Weitere Verminderung des Auswurfes, in welchem keine elastischen Fasern mehr nachzuweisen waren. Die Localerscheinungen hatten eine weitere, wiewohl nicht bedeutende Besserung erfahren. Am Ende der 18.—20. Woche: Verschwinden der subjectiven Krankheitserscheinungen, die objectiven dagegen zeigten in acht Fällen eine kleine, in zwei Fällen eine bedeutende Verminderung. Fieber, Husten, Athemnoth geschwunden. Allgemeinbefinden und Ernährungszustand auffallend gebessert, Körpergewichtszunahme bis 6 kg bei drei Kranken. — (Wien. med. Presse. Nr. 10, 1899.)

Ueber Asthma bronchiale. Von S. Talma.

Dem Asthma bronchiale liegt ein Krampf der Muskeln der Luftwege zu Grunde, welcher willkürlich gehemmt werden kann. Der Ausgangspunkt für die Therapie war die Zusammenstellung folgender Thatsachen: 1. Der Krampf der Luftwege kann willkürlich hervorgerufen werden durch die Mehrzahl der an Asthma Leidenden und durch viele normale Personen. 2. Fast alle Asthmatiker können diesen Krampf, selbst während eines Anfalles, aber sicher in den Remissionsperioden willkürlich unter-

drücken, so dass bei einem starken Luftwechsel die abnormen Athmungsgeräusche fehlen. 3. Die Muskeln der Luftwege sind dem Willen unterworfen oder können ihm unterworfen werden.

Vf. zog den Schluss, dass viele Asthmakranke durch Respirations-Gymnastik lernen können, die Asthmasymptome zu unterdrücken.

Wie fast bei allen feinen Bewegungen ist die Uebung auch hier mehr eine Sache der Psyche als der Nerven und Muskeln. Man kann anfangen mit der Regulirung der Dauer der Einathmung und der Ausathmung. Fast bei allen Asthmakranken ist die Athmungsfrequenz zu gross. Die Einathmung zwischen den Worten ist oberflächlich und von kurzer Dauer: der Hauptfehler liegt jedoch meistens in der Ausathmung, also beim Sprechen in der Wortbildung selbst. Zweckmässig ist es, solchen Kranken allererst zu lehren, langsam und vollkommen auszuathmen. Die Hände auf der Brust und dem Bauch des Kranken geben diesem den Rhythmus und die Geschwindigkeit der Bewegungen an. Allmälig lernt der Kranke, diese langsamer und tiefer zu machen. Ueberanstrengung ermüdet dabei sehr. Oft nimmt sofort mit der Verlangsamung und der Vertiefung der Bewegungen der Krampf der Luftwege ab. Die meisten Kranken bringen es nach relativ kurzer Uebung schon dazu, alle Luftwege weit zu öffnen, sei es auch für kurze Zeit. Viele lernen am besten dadurch ihre Muskeln beherrschen, dass sie hin und wieder das Giemen willkürlich schwächer oder stärker machen. Dann regle man das Sprechen. Die Einathmung während des Sprechens sei langsam und tief. Langsam werde auch gesprochen: der Kranke lernt damit am besten, den Krampf zu unterdrücken.

Wenige Kranke bringen es in kurzer Zeit so weit, dass sie durch Anstrengung des Willens, ohne Hilfe, gut athmen. Sehr viele athmen nur gut, wenn die Hand eines Sachverständigen auf ihrem Bauch den Tact angibt. Unentbehrlich ist die Beherrschung der Muskeln des Halses, der Brust und des Bauches. Viele Kranke haben viel Mühe, die Spannung derselben so zu halten, wie sie sein soll. Langsamkeit der Athembewegungen hilft zum Zwecke zu kommen; die Haut muss warm sein und ein wenig schwitzen. Massage der Brustmuskeln während der Gymnastik fördert manchmal ihre Entspannung. In den Zwischenzeiten fängt man an, um nachher während der Anfälle einzugreifen.

Bei wenigen Asthmakranken hat diese Behandlung nicht genützt. Conditio sine qua non eines befriedigenden Erfolges ist eine gute Leitung, welche für viele Menschen schwer zu haben ist. Zahlreich sind die Patienten, welche nur frei bleiben, wenn die Hand des Gatten, einer Tochter oder einer Pflegerin stets bereit ist, um den Tact zu schlagen. Einzelne erreichen erst in Monaten eine erhebliche Besserung. Vermeidung aller schädlichen Einflüsse und andere bekannte therapeutische Massregeln sollen nicht vergessen werden. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 52, 1899.)

Chirurgie.

Ueber das neue Localanästheticum Nirvanin. Von Dr. A. Luxenburger.

Nirvanin ist in $^1/_5$—1—2%iger Lösung zur Schleich'schen Infiltrationsmethode verwendbar. Für normale Haut genügt in der Regel $^1/_4$%ige Lösung, für entzündlich verändertes Gewebe werden höhere Concentrationen, in der Regel $^1/_2$%ige Lösung erfordert und dasselbe langsame tastende Vorgehen, wie es Schleich zur Erfolgsbedingung macht. Die Anästhesie hält bei $^1/_4$%iger Lösung 14 Minuten, bei $^1/_2$%iger Lösung 18 Minuten an. Ebenso sind Nirvaninlösungen für die Oberst'sche Methode der regionären Anästhesie zu verwenden.

Es wird beispielsweise zur Anästhesie eines Fingers ein constringirender Gummischlauch um die Fingerbasis gelegt, und nun an der Medial- und Lateralseite der Grundphalanx je eine Injection einer 2%igen Lösung ausgeführt, wobei die Canüle während der Entleerung der Spritze langsam vom subcutanen Gewebe gegen das Periost vordringt. Bei Verwendung von 2 cm^3 dieser Lösung tritt Analgesie nach zehn Minuten ein. Die Dauer der Analgesie richtet sich nach der Abnahme der Umschnürung. Bleibt letztere bestehen, so hält die Analgesie in der Regel $^3/_4$—1 Stunde an. Der Vf. hebt noch hervor, dass die Nirvaninsolutionen die Wunden ebenso wenig irritiren, wie Cocaïnlösungen, dass der Nachschmerz, der in der Schleich'schen Lösung durch Morphinzusatz bekämpft wird, bei Nirvanin geringer sei, wie bei Application von Cocaïn, dass stärkere Lösungen (2%) sicher antiseptisch wirken und endlich, dass das Mittel die Sterilisirung verträgt, indem sich erst nach der fünften Sterilisirung Abschwächung zeigt und endlich, dass es zehn-

mal weniger giftig sei, als Cocaïn. Er resumirt wie folgt: Da das salzsaure Nirvanin in den zur Verwendung gelangenden Concentrationen sicher ungiftig ist, da es den Schmerz nach Operationen sicherer zu verhüten, resp. abzuschwächen im Stande ist, als der geringe Morphingehalt der Schleich-Lösungen, da die Lösungen haltbar sind, antiseptisch wirken und das Sterilisiren vertragen, da das Präparat für jede Art von Anästhesirung brauchbar und ausserdem sehr handlich ist, verdient es, dem Cocaïn und den Cocaïngemischen als Mittel zur Erzeugung von Infiltrations- und regionärer Anästhesie vorgezogen zu werden. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 1 u. 2, 1899.)

Aneson als Ersatz des Cocaïns in der Schleich'schen Infiltrations- und der Oberst'schen regionären Anästhesie. Von Dr. Mosbacher.

Das Aneson, das im Handel in 1—2%iger Lösung erhältlich ist, empfiehlt M. zur Schleich'schen Infiltrationsanästhesie und zur regionären Anästhesie nach Oberst. Für beide Fälle reicht man mit einer und derselben Lösung aus. M. fasst die Vorzüge des Anesons gegenüber dem Cocaïn kurz wie folgt zusammen:

1. Man kann mit dem Originalpräparat direct arbeiten, ohne sich erst verschiedene Lösungen herstellen zu müssen. Das Präparat wirkt auch in stark entzündeten Geweben (Phlegmonen) prompt anästhesirend wie Schleich's Lösung Nr. 1.

2. An Ungiftigkeit scheint Aneson allen bisher für die Localanästhesie gebrauchten Mitteln überlegen zu sein.

3. Nachschmerzen fehlen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 3, 1899.)

Experimentelle Untersuchungen über Infiltrationsanästhesie. Von Dr. Heinze.

H. hat eine sehr vollständige Versuchsreihe über die verschiedensten, zur Infiltrationsanästhesie empfohlenen Stoffe ausgeführt und dieselben auf folgende Eigenschaften genau geprüft:

1. Anästhesirungsvermögen und Dauer der Anästhesie.

2. Bei der Anästhesie oder später auftretende Schmerzempfindungen.

3. Auftreten von irgendwie schädlichen Nebenwirkungen.

Aus diesen Versuchen geht hervor, dass das Cocaïn in Bezug auf nervenlähmende Wirkung und Reizlosigkeit das beste Mittel ist und ihm in dieser Beziehung nur das Eucaïn B gleichkommt. Dieses Letztere aber ist dem Cocaïn dadurch überlegen,

dass es durch beliebig oft wiederholtes Kochen nicht zersetzt wird. Als einziges Mittel zur Infiltrationsanästhesie empfiehlt Vf. daher die folgende Lösung:

Eucaïn B	0·1
Kochsalz	0·8
Wasser	100·0

Der Zusatz von Kochsalz zur Lösung hat nur den einen Zweck, die quellende Wirkung des Wassers und damit die Nachschmerzen auszuschalten.

Die beiden oben ref. Mittel, Nirvanin und Aneson, waren nicht in die Untersuchungsreihe einbezogen. — (Virch. Arch. Bd. 153.)

Zur Beurtheilung der verschiedenen Methoden der Darmvereinigung. Von Dr. V. Chlumsky.

Ch. hat die Festigkeit von auf verschiedene Weise erzeugten Darmanastomosen in Thierversuchen geprüft, indem er den Wasserdruck bestimmte, den die Anastomosen auszuhalten vermochten. Es zeigte sich dabei, dass die Festigkeit der am lebenden Hunde angelegten Darmanastomosen innerhalb der ersten vier Tage constant geringer wurde, und vom fünften Tage an wieder zuzunehmen begann. Schon am zehnten Tage platzte bei zunehmendem Drucke die intacte Darmwand oft früher als die Anastomose. Dass die Festigkeit der Anastomose zwischen dem dritten und fünften Tage so gering ist, erklärt sich daraus, dass an den ersten zwei Tagen die Wundränder noch durch die Naht, den Knopf etc. rein mechanisch zusammengehalten werden. Inzwischen kommt es allmälig zu einer Infiltration der fixirten Partien, dieselben werden weicher, nachgiebiger und die fixirenden Elemente haben dann keinen so sicheren Halt und geben leicht nach.

Ein wesentlicher Unterschied in der Festigkeit der Knopf- und Nahtanastomosen bestand nicht, beide wurden annähernd bei denselben Druckhöhen durchrissen. Dagegen gaben bei einfachem mechanischen Zuge die Knopfanastomosen früher nach. Am schlechtesten bestanden die Probe Knöpfe aus resorbirbarem Materiale (decalcinirtem Knochen). — (Centralbl. f. Chir. Nr. 2, 1899.)

Ueber die Behandlung der Fissura ani mit Ichthyol. Von Dr. S. Conitzer.

Für die erste genaue Untersuchung und Aetzung wird die Fissur durch Cocaïn anästhesirt und dann mit einem Watte-

stäbchen oder einem Glasstabe das reine Ichthyol aufgetragen. Für die folgenden Aetzungen, welche zuerst täglich, dann jeden zweiten Tag stattfinden, ist in der Regel kein Cocaïn mehr nothwendig. Das Brennen ist nicht mehr so stark, hält nur kurze Zeit an und hört mit fortschreitender Ueberhäutung auf. Selbstverständlich muss zugleich für regelmässige, breiige Stuhlentleerung Sorge getragen werden. Die Ueberhäutungen erfolgen sehr rasch, durchschnittlich nach 8—12 Tagen. Auch von anderer Seite (Dilliger und Chèron) werden sehr günstige Resultate gemeldet. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 3, 1899.)

Ist die Cholelithiasis intern oder chirurgisch zu behandeln? Von Dr. A. Herrmann.

Während die Behandlung der Cholelithiasis früher die unbestrittene Domäne der internen Medicin war, wird jetzt die operative Behandlung derselben überaus häufig geübt. „Von den durch ihre Erfolge begeisterten Aposteln der operativen Behandlung der Cholelithiasis ist aber der internen Behandlung gegenüber auch manche Ungerechtigkeit verübt worden, ebenso wie auch einige von badeärztlicher Seite ausgegangene Behauptungen als übertrieben bezeichnet werden müssen."

So kann es keinem Zweifel unterliegen, dass das Karlsbader Wasser (H. hat seine Erfahrungen in Karlsbad gesammelt) cholagog wirke, was aus der Verfärbung des Stuhles, resp. bei Obturation des Ductus — aus der Verfärbung der Haut, endlich aus der sichtlichen Beeinflussung der Gallenabsonderung bei bestehender Gallenfistel, erschlossen werden müsse.

Nach dem Gebrauche der Trinkcur hören die peristaltischen Contractionen der Blasenwand auf, oder sie lassen nach. Das Gallensteinleiden gelangt wieder zu jener Latenz, in welcher es vor Eintritt der peristaltischen Bewegungen war.

Es ist die Annahme gestattet, dass eine in chemischer oder bacteriologischer Hinsicht nicht ganz normale Galle, die die atypischen Contractionen auslöste, infolge der cholagogen Wirkung der Trinkcur weggespült wurde und dadurch bei Restituirung einer normaleren Galle der Reiz für die Musculatur wegfiel.

Der Vf. kommt also zu dem Schlusse, dass bei der regulären Form der Cholelithiasis, welche das Leben des Patienten nur selten bedroht, in erster Reihe die interne, resp. die Mineralwasserbehandlung in Betracht kommt.

Bei der irregulären Form (chron. Steinincarceration, in-

fectiöse Entzündung der Gallenwege, Ulceration derselben, Hepatitis, Leberabscess etc.) zeigt sich die Balneotherapie wirkungslos.

Die Mineralwassercuren verdanken ihre Erfolge ihrer cholagogen, aber kaum einer steintreibenden Wirkung. — (Mitth. a. d. Grenzgeb. Nr. 4, H. 2.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Blutung infolge Lösung der normal inserirten Placenta. Von Prof. M. G. Fieux.

Eine 35jährige Frau hatte zwei Kinder zur richtigen Zeit, aber todt geboren. Die dritte Schwangerschaft begann Ende December 1897. Im achten Monate, am 5. Aug. 1898, fühlte sie sich plötzlich schwach, wurde blass, hatte Ohnmachtsanwandlungen und fühlte den Bauch rasch grösser werden, ohne Schmerzen. Bald stellte sich auch Blutung aus der Scheide ein; die Frau wurde ohnmächtig gegen 11 Uhr auf die Geburtsklinik gebracht. Durch den Tampon sickerte schwärzliches Blut.

Bei der Untersuchung nach Entfernung des Tampons zeigte sich der äussere Muttermund offen, der innere aber geschlossen. Es konnte kein Zweifel sein, dass es sich um eine retroplacentare Blutung handle, nach theilweiser vorzeitiger Lösung der Nachgeburt. Im Harn reichlich Eiweiss. Nach einer subcutanen Injection von 500 g einer physiologischen Kochsalzlösung wird die Fruchtblase gesprengt und der intrauterine Kolpeurynter nach Champetier eingeführt. Durch Zug an demselben soll der Muttermund erweitert werden. Weder so, noch durch digitale Dilatation will dies gelingen. Es wird der vordere Fuss herabgeholt, die Extraction angeschlossen, doch bleibt der Kopf hängen. Das Kind ist mittlerweile abgestorben. Endlich folgt einem kräftigen, anhaltenden Zug der Kopf, so dass die Perforation nicht nöthig ist. Unmittelbar darauf ercheint die Placenta, nebst einem etwa 300 g schweren Blutklumpen.

Die nun auftretende profuse Blutung wird durch heisse intrauterine Spülungen, mit innerer Massage combinirt, zum Stehen gebracht. Neuerliche Injection von 500 g künstlichen Serums. Die Frau wird mit Champagner gelabt, sie erholt sich alsbald. In der nächsten Zeit schwindet das Eiweiss aus dem Harn, die Frau macht ein weiter ungestörtes Wochenbett durch.

Diese Beobachtung ergibt, wie wenig man sich auf die

Heisswasser-Injectionen oder auf die Tamponade in solchen Fällen verlassen kann. Selbst die intrauterine Kolpeuryse wirkt unterhalb der blutenden Stelle. Nicht die Blutung aus der Scheide bringt die Frau in Gefahr, sondern die aus der Ansatzstelle der Placenta entströmende, die in die Gebärmutter hinein stattfindet.

Man darf sich auch nicht mit dem Sprengen der Fruchtblase begnügen, sondern muss die Gebärmutter völlig und sobald als möglich entleeren. Mit der Ballondilatation kommt man ebensowenig immer zum Ziel. Die manuelle Erweiterung ist daher vorzuziehen, auch wirkt diese Dilatation mit den Fingern, zuletzt mit der halben Hand naturgemässer.

Die Extraction darf nicht zu sehr forcirt werden, da eine Uterusruptur entstehen kann, wie dies Vf. in einem Falle auf der Klinik Pinard's erlebt hat, wo dann die sofortige Laparotomie zur Errettung der Gebärenden erforderlich wurde. Unter Umständen kann das Anlegen der Zange das Zweckmässigere sein.

Schliesslich spricht sich Vf. für die reichliche Anwendung der Alcoholica und der Kochsalzinfusion aus, um der ausgebluteten Frau das Leben zu retten. — (Le Bulletin méd. Nr. 15, 1899.)

H.

Die Wirkung der Castration auf den weiblichen Organismus. Von Dr. A. Pfister.

Von 179 in der Zeit von 1880 bis 1896 im Cantonsspital von St. Gallen von Kuhn castrirten Frauen konnte bei 116 ein genauer Bericht über das spätere Befinden erhoben werden. Von diesen waren wegen Erkrankung der Tuben und Ovarien 70, wegen Erkrankung des Uterus 45 (u. zw. wegen Myom 33, wegen irreponibler Retroflexion 12), endlich eine Frau wegen artefcieller Scheidenatresie operirt worden. Die hauptsächlichsten Ergebnisse waren:

In 94·8 % der Fälle trat Menopause ein; in zwei Fällen blieb die Menstruation bei Uterus unicornis erhalten, wahrscheinlich war noch ein Keimdrüsenrest vorhanden. 12 Frauen machten Angaben über vicariirende Blutungen. Abgesehen von den Operationen bei Myomen war in 80% die Scheidenabsonderung günstig beeinflusst. Bei einem Theil der Frauen verblieb der Geschlechtstrieb und das Wohllustgefühl; es waren dies jugendliche Ehefrauen, bei denen eine psychische Libido sexualis sich ausgebildet hatte. Bei Jungfrauen, resp. Ledigen war der Trieb nach der Castration verschwunden.

Der Uterus erschien stets atrophisch; dies konnte aber bezüglich der Vagina nicht immer constatirt werden. Aehnlich verhielten sich auch die äusseren Geschlechtsorgane. Daraus ergibt sich, dass weder die geschlechtlichen Neigungen, noch die trophischen Verhältnisse der Scheide und äusseren Genitalien so eng mit der Function der Ovarien verbunden sind, wie der Uterus oder die Menstruation.

In der Mehrzahl konnte eine Gewichtszunahme des Körpers constatirt werden, doch war dies nicht eine derartige Fettablagerung, wie nach dem normalen Klimax. Die Operirten erscheinen nicht matronenhaft, sondern vielmehr üppig und jugendlich. Die therapeutischen Erfolge waren durchaus sehr zufriedenstellend.

In 87 Fällen hatten die Beschwerden ganz aufgehört, in 18 Fällen waren sie wesentlich geringer. Alle Tumoren hatten sich bedeutend zurückgebildet, oder sie waren ganz verschwunden. Die Hysterie dagegen war wenig oder doch nicht dauernd beseitigt. In 19 Fällen waren Bauchbrüche nachweissbar. — (Arch. f. Gynäkol. Bd. 56., H. 3.) H.

Puerperale Eklampsie, ihre Ursache und die Indicationen für deren Behandlung. Von Dr. W. B. Stone.

Vf. sieht die Ursache der puerperalen Eklampsie in dem Missverhältnisse zwischen Bauchraum und Grösse der Frucht sowie Menge des Fruchtwassers. Die dadurch bedingte Compression der Nierenvenen erzeugt die Stauung in den Nieren mit den urämischen Krämpfen infolge der Nephritis.

Zur Bekämpfung des eklamptischen Anfalles ist die Chloroformnarkose das souveräne Mittel. Ausserdem ist Pulv. jalapae als abführendes und Pilocarpin als schweisstreibendes Mittel anzuwenden. Das Morphium ist nach Vf. nicht angezeigt, da es die Function der Organe hemmt.

In geeigneten Fällen ist die Eröffnung der Fruchtblase und ein Aderlass angezeigt. Durch ersteren Eingriff werden die Nierenvenen entlastet und die Geburt zur richtigen Zeit eingeleitet. Der Aderlass erleichtert die Blutcirculation besonders bei vollblütigen Individuen und unterstützt so die Wirkung des Chloroforms. Nebenbei können Bromnatrium oder Veratrum viride verabfolgt werden, doch ist ihre Wirkung nur nebensächlich.

Durch diese Therapie wird die Mortalität der Eklampsie auf das Minimum herabgedrückt. Zange darf erst angelegt wer-

den, wenn der Muttermund völlig verstrichen ist. — (Amer. Practitioner and News. 15. Nov. 1898.) H.

Die uterine Drainage. Von Dr. G. Richard d'Aulnay.

Nach einem historischen Ueberblick aller bisher zu obigem Zweck angegebenen Instrumente und Vorrichtungen bespricht Vf. die Wirkung der uterinen Drainage. Sie lässt sich dahin zusammenfassen, dass die uterinen und tubalen Secrete abgeleitet, die Schleimhäute desinficirt und von der Congestion befreit, endlich die Muskelfasern des Uterus zur Contraction angeregt werden.

Als Indicationen werden angeführt: Amenorrhöe, Dysmenorrhöe, chronische uterine Blutfülle, parenchymatöse Metritis, Subinvolution, leukorrhöische polyglanduläre Endometritis, hämorrhagische interstitielle Endometritis, Stenosen und Atresien des Collum, Vorlagerungen der Gebärmutter, Entzündungen der Tuben, die membranöse Dysmenorrhöe, acute Metritis und sexuelle Frigidität.

Contraindicirt ist das Verfahren: bei allen acuten Entzündungen des Peritoneums und Parametriums, bei acuten Adnexentzündungen, acuter Metritis, bei Tuberculose der Genitalorgane, bei Verdacht auf Schwangerschaft oder maligner Neubildung, recentem Hämatosalpinx, bei entzündlich-eitrigen Processen, endlich bei sehr reizbarem Uterus.

Der geeignetste Zeitpunkt für die uterine Drainage ist acht Tage nach der Regel. Bei der Vornahme des Eingriffes sind vorbereitende Massregeln zu treffen, wie genaue Antiseptik, richtige Lagerung, örtliche oder allgemeine Anästhesie, allmälige oder rasche Erweiterung des zu engen Collumcanals, eventuell noch andere operative Eingriffe, wie Auskratzung, Collumamputation, Trachelorrhaphie, Scarification, Ausätzung.

Hierauf führt man ein der Länge und des Volums der Gebärmutterhöhle entsprechendes Drain ein, und injicirt sterilisirtes Glycerin. Man tamponirt dann die Scheide mit Gaze. Die erste Woche bleibt die Kranke zu Bett und wird mit Brom, Suppositorien etc. behandelt, der Verband regelmässig erneuert, zuvor immer eine intrauterine Ausspülung vorgenommen.

Die Drainage wird mit Gaze, mit „Crins de Florence“ (Seidensträhn), mit Drainröhren aus rothem Kautschuk oder mit einem starren Drainrohr ausgeführt.

Zur ersten Methode bedient man sich einer mit einem Antisepticum präparirten Gaze, zumeist der Jodoformgaze. Sie ist

angezeigt bei puerperaler Metritis, ferner bei hämorrhagischer und blennorrhöischer Metritis, bei chronischer eitriger Salpingitis.

Bei der zweiten Methode bedient man sich eines Seidensträhnes von 25, 50—100 Fäden, die zu einem Bündel aufgedräht, in einer Schlinge in die Gebärmutter eingeführt werden; die beiden Enden sind durch eine Platte mit Ring vor der Portio festgehalten. Die Application geschieht mit einem eigenen Instrument. Angezeigt ist das Verhalten bei traumatischer Metritis cervicalis, bei blennorrhöischer Metritis, in manchen Fällen von Sterilität, Subinvolution und leichter Dysmenorrhoea membranacea.

Die Anwendung von schmiegsamen Drainröhren geschieht so, dass man ein entsprechend calibrirtes und etwas über das nöthige Mass längeres gefenstertes Drainröhrchen einführt, das untere freie Ende mit Gaze umhüllt, und die Vagina tamponirt. Das Röhrchen wird aber oft frühzeitig ausgestossen, weshalb man es mit Flügelchen versah. Zur Einführung dient ein eigenes Instrument. Die Methode eignet sich besonders für Fälle von Sterilität infolge Stenose oder Atresia colli, bei Knickungen und anderen Lageveränderungen der Gebärmutter mit Dysmenorrhöe, bei parenchymatöser Metritis etc. Gegenanzeige ist Reizbarkeit des Uterus.

Die Drainage mittelst starren Drainrohrs mit weiten Fenstern wird angewendet, wo die Drainage lange fortgesetzt werden soll. Das Rohr, aus Aluminium oder einem anderen Metall, gestattet intrauterine Ausspülungen, behebt aber nicht schwere Lageveränderungen.

Durch geeignete Verwendung der Drainage wird es oft möglich, operative Eingriffe zu umgehen, die Frauen von ihren Leiden zu befreien ohne Schmerzen und ohne Verstümmelung. — (Polytechn. méd.) H.

Ueber vaginalen Kaiserschnitt. Von Prof. A. Dührssen.

Obwohl der classische Kaiserschnitt durch Verbesserung der Operations- und Nahtmethoden viel von seinem ehemaligen Schrecken eingebüsst hat, ist die allgemeine Mortalität dieser Operation noch immer eine grosse, etwa 30%. Anderseits aber hat die früher eng begrenzte Indication eine bedeutende Erweiterung erfahren, da jetzt mehrfach relative Indicationen, wie verschleppte Querlage, Eklampsie, das Absterben der Kreissenden, als berechtigt anerkannt sind.

Um diese erweiterte Indication durchzuführen, dabei aber die Gefahr der Sectio caesarea zu verringern, hat Vf. 1896 den vaginalen Kaiserschnitt zuerst mit Glück versucht. Dieser besteht im Wesentlichen in der sagittalen Eröffnung des vorderen und hinteren Scheidengewölbes, in stumpfer Ablösung der Blase, der Plica und des Douglasperitoneums vom Cervix und dem unteren Uterinsegment, Spaltung der so freigelegten vorderen und hinteren Uteruswand, worauf durch die gesetzte Oeffnung hindurch das Kind gewendet und extrahirt wird.

Schon damals stellte D. folgende Indicationen des vaginalen Kaiserschnittes auf:

1. Abnormitäten des Cervix und des unteren Uterussegmentes, die eine Eröffnung des Cervix durch Wehenthätigkeit verhindern: Carcinom, Myom, Rigidität, Stenose, partielle sackförmige Erweiterung des unteren Gebärmutterabschnittes.

2. Lebensgefährliche Zustände der Mutter, welche durch Entleerung des Uterus beseitigt oder gemildert werden: Krankheiten der Lungen, des Herzens, der Nieren.

3. Lebensgefährliche Zustände der Mutter, die voraussichtlich den Tod der Mutter herbeiführen.

Aus dieser letzten Indication hat D. einen zweiten vaginalen Kaiserschnitt, also an der Moribunden ausgeführt und theilt diesen Fall mit. Es wurde ein kaum asphyktisches, völlig ausgetragenes Mädchen errettet, während die Mutter unmittelbar nach der Operation starb.

Von den bisher in dieser Weise entbundenen elf Müttern starben, die eben erwähnte eingerechnet, zusammen drei, von den vier reifen Kindern sind drei am Leben erhalten worden. Nach des Vf.s Indicationsstellung ist nämlich bei constatirter Complication der Schwangerschaft mit Uteruscarcinom sofort der vaginale Kaiserschnitt mit nachfolgender vaginaler Uterusexstirpation auszuführen, in jedem Stadium der Gravidität.

Entgegen dem von Olshausen vorgeschlagenen Vorgang, erst der classische Kaiserschnitt, daran anschliessend vaginale Uterusexstirpation, hat Vf.s Verfahren mehrfache Vortheile: kürzere Operationsdauer, geringere Infectionsgefahr, Wegfall der Bauchnarbe mit ihren Nachtheilen.

Die Blutung ist bald bedeutend, bald geringer; im Ganzen nicht viel mehr als bei einer normalen Geburt. Sie dauert eben nur kurze Zeit; durch das Einführen der Hand und die Extrac-

tion des Kindes, sowie durch das kräftige Herabziehen des Uterus an den schon vorher angelegten Fadenzügeln, die Uterustamponade und die Naht der gesetzten Wunden kann die Blutung stets beherrscht werden.

Nachdrücklich wird darauf hingewiesen, dass der vaginale Kaiserschnitt nur unter Mitwirkung des ganzen klinischen Apparates auszuführen ist. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 6, 1899)

H.

Urologie.

Ueber Indicationen und Resultate chirurgischer Eingriffe bei Erkrankungen der Nieren. Von Dr. Paul Sendler.

Vf.s Erfahrungen auf diesem Gebiete der Chirurgie liegen 50 von demselben ausgeführte Operationen zu Grunde. Ausgeführt wurde die Nephrektomie in 7, Nephrotomie in 14, Nephrolithotomie in 2, Resection der Kapsel in 1, Operation perinephritischer Abscesse in 6, Operation des Echinococcus in 1, Nephropexie in 7, diagnostische Freilegung der Niere in 3, Operation von Nierenfisteln in 8 Fällen. Ausserdem hat ein diagnostisch unklarer Fall die Probelaparotomie nöthig gemacht. Bei diesen sämmtlichen Eingriffen hat sich nur ein Todesfall im Anschlusse an eine Nephrektomie ereignet.

Den Anlass für den chirurgischen Eingriff haben abgegeben: maligne Tumoren, Tuberculose, Nierenabscesse, Hydronephrose, Steinniere, Wanderniere, Lipom der Nierenkapsel, Nieronechinococcus, perinephritische Abscesse und Nierenfisteln.

Die primäre Nephrektomie bei uncomplicirter Wanderniere ist zu verwerfen, angezeigt ist hier die Nephrorrhaphie oder Nephropexie, welches Verfahren auch für kleine, besonders submittirende Formen der hydronephrotischen Wandernieren, die durch zeitweilige Verlegung oder Abknickung des Ureter entstehen, in Frage kommt. Niereneiterungen erforderten in 14 Fällen die Nephrotomie. In 2 Fällen, bei einer 31jährigen und bei einer 21jährigen Frau, musste nachträglich die erkrankte Niere fortgenommen werden. Beide Kranke sind rasch und glatt gesund geworden und geblieben, die erstere hat vier Jahre nach der Operation ein normales Wochenbett durchgemacht. In beiden Fällen wies die mikroskopische Untersuchung Tuberculose als Ursache der Erkrankung nach. Von den übrigen 12 Kranken sind 7 ganz glatt geheilt, während bei den restirenden 5 die

Genesung erst nach mehrfachen Nachoperationen hat erreicht werden können. Ein conservatives Vorgehen ist indicirt bei Nephrolithiasis, ebenso bei Echinococcus. Bösartige Tumoren erheischen ein radicales Vorgehen.

Sämmtliche vom Vf. angegangene Fälle letzter Kategorie boten weit vorgeschrittene Krankheitsbilder mit sehr grossen, mit der Umgebung verwachsenen Tumoren und reducirten Kräftezustand dar, so dass sich bei allen die Operation zu einem ausserordentlich schweren und gefährlichen Eingriff gestaltete. Die Kranken sind alle an Recidiven oder Metastasen zu Grunde gegangen. Als das Normalverfahren nimmt Vf. wie nunmehr die meisten deutschen Chirurgen die extraperitoneale Methode an. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 5 u. 6, 1899.) N.

Ueber die Orchidotomie. Probeexcision des Testikels mit partieller Abtragung bei Tuberculose des Hodens. Von M. Xavier Delore.

Die neue Modification der chirurgischen Behandlung der Hodentuberculose, die Poncet als Erster vorgeschlagen hat, besteht in einer Probeincision am convexen Rande des Hodens, mit nachfolgender Operation am Hoden selbst. Nachdem man sich über die Ausdehnung des Processes Ueberzeugung verschafft hat, wird man entweder nur eine einfache Epididymektomie anschliessen, wenn der Hoden selbst gesund ist, oder man wird Hoden und Nebenhoden entfernen, wenn beide erkrankt sind. Dieses mehr palliative Vorgehen beginnt, den mehr radicalen Eingriffen gegenüber immer mehr Fürsprecher zu gewinnen.

Bei der Epididymektomie wird der Nebenhoden mit einem Theile des Samenstranges entfernt. Der Hoden bleibt erhalten und kann die ihm eigene Function, auf die Brown-Séquard aufmerksam gemacht hat, weiter ausüben. Das ist ein unbestreitbarer Vortheil. Da jedoch hiebei häufig ein im Parenchym tuberculös afficirter Hoden zurückgelassen wird, so ist nothgedrungen erforderlich, stets auch über die Beschaffenheit des Hodens genügend orientirt zu sein. Dies ermöglicht die der Operation vorausgehende Orchidotomie. Ist der Hoden gesund, dann schliesst man durch 4 oder 5 Catgutnähte die Wundränder der an der convexen Seite incidirten Albuginea und macht dann die einfache Epididymektomie. Bei Erkrankung des Hodens genügt oft auch die partielle Resection desselben. Diese Combination der zu diagnostischen Zwecken ausgeführten Orchidotomie mit der Epididymektomie und der Orchidektomie, resp. der Wiedervereinigung

der Wundränder der Albuginea nach Besichtigung des Drüsenparenchyms ist nach Vf. ebenso radical als die Castration.(?) Sie erlaubt ebenso wie jene die vollständige Entfernung alles erkrankten Gewebes und sie erhält, was noch gesund ist. Einige vom Vf. ausgeführte Operationen bekräftigen die Zweckmässigkeit des so combinirten Eingriffes bei Hodentuberculose. — (Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. Bd. 10, H. 1.) N.

Ueber Nephrotomie. Von Dr. Guyon und Dr. Albaran.

Auf dem letzten französischen Chirurgencongress hatten G. und A. das Referat über obiges Thema übernommen und kamen zu folgenden Schlüssen:

A. Bei der explorativen Nephrotomie ist stets die Niere mit dem Sectionsschnitt zu eröffnen, wenn die Diagnose eine vollständige sein soll. Die Acupunctur ist zu verwerfen, denn bei der Nephrotomie ist die Verletzung des Nierengewebes sehr gering, die Blutung nur schwach, die Calices und das Nierenbecken werden völlig zugängig und der grösste Theil des Nierengewebes kann betrachtet werden.

B. Die Nephrolithotomie ist der Eröffnung des Nierenbeckens vorzuziehen, da bei letzterer Operation häufig längere Zeit Fisteln zurückbleiben, die Untersuchung der Calices unmöglich ist und grosse Steine nicht extrahirt werden können.

C. Bei der Anlegung einer Nierenfistel (Nephrostomie) ist die Operation von der Lende aus wegen der geringeren Schwere der Operation, der leichteren Behandlung und Nachoperation, wenn letztere nothwendig ist, vorzuziehen. Zweck der Nephrostomie ist die Entleerung retentirten, aseptischen oder septischen Urins oder die Wiederherstellung der Nierenfunction im Falle von Anurie.

D. Da bei der Steinanurie die Harnsecretion nach Verlegung der einen Seite nur deshalb völlig aufhört, weil die andere Niere schon stark verändert ist, so ist es ein Haupterforderniss, dem Urin wieder Abfluss zu verschaffen; ob der Stein entfernt werden kann, kommt erst in zweiter Linie in Betracht. Eine Ureterotomie ist bei Anurie auch bei genauer Kenntniss des Sitzes des Steines nicht angebracht, da diese Operation für den Patienten zu langwierig wäre. Eine Pyelotomie dürfte nur gemacht werden, wenn der Stein leicht extrahirt werden kann. Die Nephrotomie mit Extraction des Steines und Vernähung der

Niere ergibt keine solch günstigen Resultate wie die Nephrostomie.

E. Die Nephrostomie bei Uronephrose ist als solche anzuwenden, wenn die andere Niere zerstört ist. Sonst ist sie nur Voroperation für den Ureterenkatheterismus, die Nephrorrhaphie, Ureterotomie, Ureteropyelostomie, d. h. für alle die Operationen, welche dem Urin wieder einen normalen Abfluss verschaffen sollen.

F. Bei den einfachen Pyonephrosen ist stets die Nephrostomie angezeigt. Eine entstandene Fistel kann — selbst nach Jahren — spontan ausheilen oder durch den Ureterenkatheterismus, Ureterotomie oder Nephrektomie beseitigt werden. Die sofortige Nephrektomie ist nicht am Platze, da sie meist wegen ungenügender Leistung der anderen Niere zu ungünstige Resultate ergibt. Die directe Beseitigung des Hindernisses darf ebenfalls nicht vorgenommen werden, da hierzu die Patienten zu schwach sind.

G. Bei der tuberculösen Pyonephrose ist die primäre Nephrektomie besser als die Nephrostomie. Letztere kommt in Betracht, wenn die andere Seite ebenfalls erkrankt ist oder sehr starke Verwachsungen der erkrankten Niere mit der Umgebung vorhanden sind. — (Ann. des mal. des org. gén. urin. Nr. 10, 1898.) N.

Laryngologie und Rhinologie.

Beitrag zum Studium der encystirten lacunären Mandelentzündung. Von Dr. Cauchard.

Die Tonsillitis lacunaris kommt im Allgemeinen in dreifacher Form vor: als käsige, encystirte und ulceröse. Sie tritt vorzugsweise im Frühjahre auf und befällt mit Vorliebe jugendliche Personen. Die Krankheit beginnt meistens ohne Fieber und verursacht auch keine sonderlichen Allgemeinerscheinungen. Jedoch sind die localen Symptome, insbesondere die Schlingbeschwerden, eclatant. Man sieht im Verlaufe des Processes auf der Oberfläche der Tonsille einen hanf- bis kirschkerngrossen Tumor sich bilden, welcher nach kurzer Zeit zerfällt und zum Geschwüre sich umbildet. Dieses Geschwür wird sehr häufig mit anderen Affectionen, meistens mit dem syphilitischen Gumma verwechselt. Die Ränder des Geschwüres sind regelmässig und letzteres hat keine Tendenz, auf die benachbarten Organe über-

zugreifen. Die Prognose ist günstig und die Behandlung beschränkt sich auf die Application antiseptischer Mittel in Form von Gurgelungen und Pinselungen; jedoch kann man einem chirurgischen Eingriff nicht immer ausweichen. — (Th. de Bordeaux Nr. 93, 1898.)

Die Tuberculose der Mandeln. Von Dr. Seymour Oppenheimer.

Die Tuberculose der Mandeln ist keineswegs eine so seltene Erkrankung, als man bis nun angenommen. Allerdings tritt wohl die primäre Tuberculose der Tonsillen äusserst selten auf und die wenigen Fälle, welche beschrieben worden sind, sind keineswegs über allen Zweifel erhaben.

Es ist wiederholt erwiesen worden, dass auf normalen, namentlich aber auf hypertrophischen Tonsillen Tuberkelbacillen vorkommen. Solche Mandeln sind entfernt worden und an den Kranken ist ausser der Hypertrophie der Tonsillen kein Zeichen von allgemeiner oder localer Tuberculose gefunden worden. Zenker und Krückmann deuten auf den causalen Zusammenhang zwischen der primären Infection der Tonsillen mit Tuberkelbacillen und der Tuberculose der Halslymphdrüsen hin. Die primäre Infection kann durch den Gebrauch nicht gehörig desinficirter Instrumente von Seiten des Arztes erfolgen, durch Einathmung tuberkelbacillenhaltiger Luft, nicht selten auch durch tuberculöse Nahrung. Die secundäre Tuberculose der Tonsillen tritt weit häufiger auf. Zumeist sehen wir sie gepaart mit gleichartiger Erkrankung des Kehlkopfes und namentlich des Kehldeckels. Im letzten Stadium der Phthise macht diese Erkrankung der Mandeln dem Kranken recht unangenehme Beschwerden. Es treten sehr heftige Schlingschmerzen auf und der Kranke ist nicht in der Lage, die dringendsten Nahrungsbedürfnisse zu stillen.

Neben der Allgemeinbehandlung werden local die gebräuchlichen Mittel, wie Milchsäure, Natrium sulforicinicum Menthol etc. angewendet. Gegen die heftigen Schlingschmerzen wurden in letzter Zeit Insufflationen von Orthoform mit sehr günstigem Erfolge verordnet. — (New-York. Med. News 1898.)

Diagnose und Therapie der chronischen Eiterungen der Nebenhöhlen. Von Dr. Lindt.

Nach entsprechender Würdigung der subjectiven Symptome wendet sich L. zur Darlegung der objectiven Symptome, insbesondere zur Beschreibung des rhinoskopischen Befundes. In

erster Linie fallen die hypertrophischen, resp. polypösen Veränderungen der Nasenschleimhaut auf, welche hauptsächlich in der Gegend der mittleren Muschel zu finden sind. Was die Localisation des Eiters betrifft, muss darauf Rücksicht genommen werden, ob derselbe im mittleren Nasengange erscheint oder in der Fissura olfactoria zu Tage tritt. Im ersteren Falle weist der Eiter, der im vordersten Theile des Hiatus semilunaris erscheint, auf eine Erkrankung der Stirnhöhle und vorderen Siebbeinzellen, der Eiter im hinteren Theile des Hiatus auf eine Affection der Kieferhöhle und hinteren Siebbeinzellen (Das Letzte ist nicht richtig. Ref.) hin. Eiter in der Fissura olfactoria lässt ein Empyem der Keilbeinhöhle oder des hinteren Siebbeinlabyrinthes vermuthen. Bei den zahlreichen Varietäten und anatomischen Anomalien ist es selbstverständlich, dass die oben aufgestellte Regel nicht immer ihre Giltigkeit hat.

Die Diagnose des Empyems der Highmorshöhle ist leicht zu stellen. Die Probepunction durch den unteren Nasengang und die darauffolgende Ausspülung der Kieferhöhle, Eingriffe, welche ohneweiters auszuführen sind, werden stets einen sicheren Aufschluss über den Zustand der Höhle geben. Das Empyem der Siebbein- und der Stirnhöhle kann man nur durch die Sondirung der Ausführungsgänge dieser Höhlen diagnosticiren. (Der Vf. hebt nicht hervor, dass die Sondirung nicht ohneweiters gelingt. Es ist in den meisten Fällen eine Conditio sine qua non, das vordere Ende der mittleren Muschel zu entfernen; ebenso ist es wohl zur Diagnosenstellung des Empyems der Keilbeinhöhle und des hinteren Siebbeinlabyrinthes, abgesehen von einigen anatomisch günstigen Fällen, unerlässlich, den grössten Theil der mittleren Muschel zu entfernen, weil man sonst nicht zu den Ausführungsgängen der Höhlen gelangen kann. Ref.) Die Durchleuchtung hält der Vf. für kein zuverlässiges diagnostisches Hilfsmittel, jedoch kann sie wohl zur Unterstützung der rhinoskopischen Diagnose vorgenommen werden.

Die Therapie besteht in Freilegung der Ausführungsgänge und eventueller chirurgischer Eröffnung der Höhlen mit nachfolgender Ausspülung, resp. Auskratzung. Die Kieferhöhle wird meistens vom Processus alveolasis aus eröffnet (Cooper). Wenn die Zähne gesund sind, kann man die Eröffnung vom unteren Nasengange (Jurasz)[1]) vornehmen, oder man macht die Radical-

[1]) Meiner Ansicht nach ist diese Methode von Mikulicz angegeben worden. Ref.

operation von der Fossa canina aus (Küster). Die Siebbeinzelleneiterung wird meistens endonasal behandelt, nur in dringenden Fällen muss man zu einer extranasalen Operation seine Zuflucht nehmen. Weit häufiger wird schon die äussere Operation bei Affectionen der Stirnhöhle vorgenommen. Am verlässlichsten ist dann die Methode von Kuhnt, welche eine Resection der ganzen vorderen Stirnhöhlenwand, Auskratzung und nachherige Verödung der Höhle bezweckt. — (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte Nr. 5 u. 6, 1898.)

Orthoform in der Rhino-Laryngologie. Von Dr. Fink.

Das Orthoform wurde als Anästheticum zuerst von Einhorn empfohlen. Auf die intacte Schleimhaut übt das Orthoform keine Wirkung aus, jedoch ist sein Erfolg ein überraschender bei der Application auf die tuberculösen Larynxgeschwüre. Da das Orthoform in Wasser unlöslich ist, wird es in Pulverform insufflirt. Die Wirkung tritt nach 20 Minuten ein und hält 12—15 Stunden an. Bei den hochgradigen Schlingschmerzen der Phthisiker ist das Orthoform ein unbezahlbares Mittel. Dysphagien, welche dem Antipyrin, Menthol, Morphin und selbst dem Cocaïn trotzen, schwinden sehr rasch auf die Application des Orthoforms und ermöglichen die sonst äusserst schmerzhafte Nahrungsaufnahme.

Nicht unwichtig ist die bactericide und secretbeschränkende Wirkung des Mittels, welches auch völlig ungiftig ist. Garel, Boisseau und Yonge, welchen wir auch Berichte über das Orthoform verdanken, heben den Mangel unangenehmer Sensationen (Parästhesie) bei der Application des Mittels, seine kräftige antiseptische Wirkung und die oft mehrere Tage lang währende Anästhesie hervor. — (Die ärztl. Praxis. Nr. 20, 1898.)

Mykosis pharyngis. Von Dr. Toeplitz.

Die Mykosis tritt in der Mundhöhle in zweierlei Formen auf: diffuse und circumscripte Mykosis. In ersterem Falle, welcher die seltenere Form darstellt, findet man einen milchig-weissen Belag, der hauptsächlich die Zungenoberfläche bedeckt und die Zungenpapillen unsichtbar macht. Dabei ist aber die Geschmacksempfindung vollkommen erhalten und das Allgemeinbefinden ein gutes. Der Krankheitserreger ist hier Leptothrix.

Die circumscripte Mykosis ist unvergleichlich häufiger. T. selbst hat circa 25 Fälle beobachtet. Die Krankheit breitet sich meistens in den hinteren Partien der Mundhöhle aus; sie befällt mit

Vorliebe die Tonsillen, die Zungenbasis und die hintere Rachenwand.

Zur Behandlung verwendet man meistens die Phenolpräparate, jedoch erzielt man mit denselben lange nicht die Wirkung, die man durch Tabakdecoct erreicht. Auch Sublimat (1 : 2000) wird vielfach angewendet. Von der Application starker Mittel soll man anfangs absehen, da manche Fälle erfahrungsgemäss auch spontan heilen. Allerdings muss man bei hartnäckigen Fällen zum Galvanokauter oder zur Curette seine Zuflucht nehmen. T. musste bei einem mit Mykosis behafteten Phthisiker die Kauterisation aussetzen, weil der Reiz jedesmal Hämoptöe herbeiführte. — (New-York. med. Journ. Juni 1898.)

Kinderheilkunde.

Betrachtungen über Stoff- und Kraftwechsel des Säuglings bei verschiedenen Ernährungsmethoden. Von Prof. Otto Heubner.

Die Betrachtungen basiren auf Stoffwechselbestimmungen an drei Kindern, deren ausführliche Darlegung im Bd. 36 der Zeitschr. f. Biologie von Prof. Rubner und Prof. Heubner veröffentlicht worden ist.

H. betont, dass die geringe Zahl der beobachteten Individuen und dazu der Umstand, dass es sich auch dabei um Individuen im vollkommen physiologischen Zustande gehandelt hat, es nicht zulassen, sichere, allgemein giltige Schlüsse zu ziehen, aber es doch möglich machen, aus ihnen praktische, wichtige Folgerungen abzuleiten.

Die Untersuchungen wurden vorgenommen:

1. An einem 5230 g schweren, neun Wochen alten Knaben, der von der Mutterbrust, während der Versuchsdauer von neun Tagen, statt des Durchschnittsbedarfes von 800 g pro die, nur 608 g Milch, statt pro Tag und Kilo Körpergewicht nicht 100 Calorien Nährwerth sondern nur 73 bekam, und dabei doch sein Gewicht erhielt, sogar um 20 g noch erhöhte.

Dieses Kind nahm pro die 1·03 N. (resp. 5·9 g Eiweiss), 16·71 Fett, 42·02 Zucker und 1·27 Asche auf.

Vom Stickstoff erschienen 16·9% im Koth, hat also Eiweiss seinem Organismus einverleibt, aber Fett abgegeben.

2. An einem sieben Monate alten, 7570 g schweren Kinde, das die gewohnte Tagesmenge von 1 l unverdünnter Kuhmilch

mit 30 g Milchzucker bekam, während der siebentägigen Versuchszeit um 130 g und in den darauffolgenden drei Tagen um weitere 110 g zugenommen hatte.

Das Kind hatte pro die aufgenommen: 735·5 Calorien und pro Kilo Körpergewicht 96 Calorien (um 10 mehr als die Norm ist) und hatte doch nur pro die (während der Versuchszeit) eine circa normale Gewichtszunahme gezeigt.

Die aufgenommene Nahrung enthielt: 29 g Eiweiss, 33 g Fett, 79 g Zucker und 6·8 g Asche, also um 230% mehr Eiweiss, um 46% mehr Fett und um 23% mehr Zucker als das Brustkind. Von aufgenommenem Stickstoff gingen mit dem Kothe nur 6·4% ab. Das Kind I hatte von Stickstoff pro Tag und Kilo 0·2 und 0·6 zum Ansatze verwendet. Das Kind II von 0·58 pro Kilo nur 0·1. I hatte mit Urin und Schweiss 0·107 N. pro Tag und Kilo, II 0·44 ausgeschieden; II hatte also einen Ueberschuss von Eiweiss aufgenommen, aber viel schlechter ausgenützt als I.

3. An einem 3½ Monate alten, atrophischen Kinde, 2935 g schwer, welches bei einer Versuchsdauer von vier Tagen, pro die ungefähr 1 l mit Kufeckemehl verdünnter Milch bekommen hatte. Die Nahrung enthielt 11·4 g Eiweiss, 12·4 g Fett, 54·1 g Zucker und 3·2 g Asche, pro Kilo und Tag 3·8, 4·1 und 18, also von Eiweiss und Fett soviel als II, von Zucker fast das Doppelte.

Nun scheint ein Vergleich zwischen dem gesunden Flaschenkinde II und dem atrophischen III zu ergeben, dass das Erstere pro Kilo und Tag nur 0·1 g N., das Letztere aber 0·32 g zurückbehält, dass das Erstere 78%, das Letztere 47% N durch den Harn abgibt, dass also das atrophische Kind den eiweisshaltigen Bestandtheil der Nahrung mit grösserer Gewalt an sich reisst, als das normale Flaschenkind II.

Allein bei einem zweiten Versuche mit III, wobei eine aus Kufeckemehl bereitete Suppe verabreicht worden war, war die Ausnützung der stickstoffhaltigen Substanz eine sehr ungünstige, obwohl das Mehl als solches ziemlich gut verdaut worden war; es schied nun durch den Harn allen aufgenommenen Stickstoff wieder aus und noch mehr, und nahm an Körpergewicht beträchtlich ab. Den Grund hiefür kann man in dem Umstande finden, dass in diesem vierten Ernährungsversuch nur 170 Calorien in Form stickstofflosen Nährstoffes und noch überdies in schwer

verdaulicher Form waren verabreicht worden, also nicht im Stande waren, das Eiweiss vor nutzlosem Zerfalle zu schützen.

Die Versuche lehren auch, dass das Caseïn nicht ein schwer verdaulicher Eiweissstoff sei, wenn es eben nicht bei Ueberfüllung oder bei Verdauungsstörungen im Darme abnorme Zersetzung erleidet, ferner dass für den wachsenden Säugling Eiweiss in der Menge, wie es von der Mutterbrust geliefert wird, genügt, wenn die ausreichende Menge von stickstofffreier Kost mitgegeben wird, dass innerhalb gewisser Grenze, so lange keine Stagnation der eingeführten Nahrung im Darme eintritt, ein Plus von Eiweiss ohne Schaden vertragen wird und insolange die dadurch dem Organismus nothwendig gewordene Verdauungsarbeit (Drüsenarbeit Rubner), die sich aus der höheren Kohlensäureproduction erschliessen lässt, nicht zu gross ist.

Dieses Uebermass an Arbeit wird umso eher Schaden stiften, je schwächer die Kinder sind.

Im selben Sinne macht sich die erhöhte Wasserabgabe bei den künstlich ernährten Kindern geltend, auch sie zwingt den kindlichen Organismus zu erhöhter Arbeit und kann dadurch schwachen Säuglingen schaden. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 1, 1899.)

Ueber künstliche Säuglingsernährung. Von Dr. E. Schlesinger.

Eine Betrachtung der Kuhmilch als solche, also der unverdünnten Kuhmilch, führt zu dem Ergebnisse, dass sie ein ganz mustergiltiges Ersatzmittel für die Frauenmilch wäre; aber der relativ hohe Eiweissgehalt derselben und die Meinung, dass sie schwer verdaulich ist, schreckt ab, und war die Veranlassung zur Anwendung verdünnter Kuhmilch.

Die Verdünnungen führen logischer Weise dazu, dann durch Zusatz von fremdartigem Eiweiss Ersatz zu schaffen und dabei hat man die Sache nicht besser gemacht, obwohl daraus neue Schwierigkeiten und grössere Kosten erwachsen.

Alle neueren Ersatzmittel für Kuhmilch haben nur das Resultat erzielt, die Aehnlichkeit zwischen unverdünnter Kuhmilch und Frauenmilch zu vermindern; je weniger sie von dieser Aehnlichkeit abgewichen sind, desto besser haben sie sich bewährt und desto weniger sind sie eine Caricatur der Frauenmilch.

Das Kuhmilcheiweiss ist nicht schwer verdaulich, wie allgemein angenommen wird, und die Unähnlichkeiten zwischen Kuhmilch und Frauenmilch, sie sind eben unabänderlich, müssen in den Kauf genommen werden.

Man bleibe also bei der unverdünnten Kuhmilch, als bester Säuglingsnahrung, und man wird damit die besten Resultate erzielen, wenn man nur die Gesetze der Diätetik auf das Strengste beobachtet. Es ist nothwendig, dass man diese Milch keimfrei gibt, dass man die physiologischen Nahrungsmengen sowohl bezüglich der Einzelmahlzeit, wie auch der gesammten Tagesmenge nicht überschreitet, dass man die entsprechend langen Zwischenpausen zur Schonung und Kräftigung der Verdauungsorgane einhalten lässt.

Die Säuglingsernährung mit unverdünnter Milch ist unter den angegebenen Bedingungen die rationellste Methode, die einfachste und billigste.

Wäre sie allgemein durchgeführt, wäre das trostlose Suchen nach dem Unfindbaren beendigt, aber es würden naturgemäss auch die Bestrebungen nach guter und tadelloser Kuhmilch viel erfolgreicher werden. „Wenig aber gut" wird dann der Wahlspruch für die Säuglingsernährung werden und das würde auch den Armen, welche den grössten Theil der Bevölkerung ausmachen, zu Gute kommen. — (Therap. Monatsh. Nr. 3, 1898.)

Ist es nothwendig, Anginakranke zu isoliren? Von Dr. du Mesnil de Rochemont.

Weder der positive noch der negative Befund von Bacillen bei der Beurtheilung einer Halskrankheit ist entscheidend, nach wie vor ist das klinische Bild und die Beobachtung des klinischen Verlaufes massgebend, es geht absolut nicht an, Alles, bei dem der Löfflerbacillus nachweisbar ist, als Diphtherie und Alles, bei dem derselbe nicht gefunden wird, als nicht diphtheritisch zu behandeln.

Zugegeben wird, dass in seltenen Fällen bei anscheinender Angina follicularis, der in der ersten oder selbst zweiten Untersuchung vermisste Löfflerbacillus bei einer dritten Untersuchung gefunden werden kann.

Seit Langem aber besteht die Auffassung, dass alle Mandelentzündungen einer bacteriellen Infection ihren Ursprung verdanken, am häufigsten dem Streptococcus pyogenes und dem Staphylococcus.

Es spricht auch für diese Auffassung die zweifellose Thatsache der Beobachtung von Familien- und Hausepidemien von Angina. Der Autor schildert eine solche Epidemie in der Altonaer Krankenanstalt, in welcher im Laufe eines Monates von 67

Kranken 18 an Angina erkrankt waren und im darauffolgenden Monate noch weitere 19. Die übrigen Krankenabtheilungen blieben frei.

Es handelte sich bestimmt um eine nicht diphtheritische Form von Angina, dreimal kamen Complicationen mit Gelenksrheumatismus vor, je einmal mit Nephritis, Perikarditis und Endokarditis.

Es folgt daraus, dass jede ins Krankenhaus zur Aufnahme kommende Angina auf der Infectionsabtheilung zu isoliren ist. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 10, 1899.)

Ueber die Heilung von chronischen Ekzemen des Säuglings- und Kindesalters durch Arsenik. Von Dr. J. Neuberger.

N. hat circa 30 Säuglinge und Kinder mit chronischen Ekzemen mit Arsenik behandelt und dabei ausgezeichnete Erfolge erzielt.

Die Mehrzahl der behandelten Kinder, mit verschiedenen Formen von Ekzemen, waren 2—5 Jahre alt, meist schon Monate lang ohne Erfolg behandelt.

Als ätiologisches Moment liess sich manchmal zweifellos die Dentition verwerthen, die Dentition als causa peccans ist zweifellos (Ref.), dagegen niemals die Vaccination.

Es wurde von Sol. Fowl. Aq. dest. āā zunächst durch 8—14 Tage täglich nach dem Essen ein Tropfen gegeben, dann nach und nach bis zu 6—7 Tropfen gestiegen und nach erfolgter Heilung die Dosis wieder reducirt, bei Säuglingen wurde Sol. Fowl. 1·5, Aq. dest. 3·5 verwendet, und nur bis zur Maximaldosis von fünf Tropfen gestiegen.

In günstigen Fällen sieht man in der 6.—8. Woche einen Erfolg eintreten, in ungünstigen Fällen erst später; auch Recidiven kommen vor.

Neben dem Arsen wurden immer, wenn starkes Jucken vorhanden war, Umschläge mit essigsaurer Thonerde gemacht, oder Salbeneinreibungen, um dicke Krusten zu entfernen. — (Arch. f. Dermat. H. 2, 1899.)

Zur Schmierseifebehandlung der tuberculosen Localerkrankungen. Von Prof. Dr. A. Hoffa.

Die Schmierseifebehandlung bei localer Tuberculose übte H. seit 12 Jahren bei mehr als 200 Kranken und hält sich für berechtigt, über sie ein äusserst günstiges Urtheil abzugeben. Es dürfen dabei die nothwendigen orthopädischen und chirur-

gischen Massregeln, also auch eventuell wiederholtes Auskratzen von Fisteln, Punctirungen von Abscessen, Jodoformeinspritzungen nicht vernachlässigt werden. Die combinirte Behandlung mit Schmierseife gibt viel bessere Resultate.

Als Wirkung der Schmierseifebehandlung hat H. beobachtet: Besserung des Allgemeinbefindens, des Appetits, der Gelenksschwellungen, Drüsenschwellungen und der Fisteln.

Wunderbare Erfolge sieht man namentlich bei den multiplen tuberculösen Erkrankungen der Gelenke recht herabgekommener Kinder.

Vf. hat die Schmierseifebehandlung nach der Angabe Kollmann's durchgeführt.

Einzig und allein verwendbar für die Behandlung ist der in den Apotheken vorräthige Sapo Kal. venalis, bestehend aus Leinöl und Lig. Kal. caust. crud., ohne Weingeist bereitet, mit einem Ueberschusse von Kali caust. und Kali carbon.

H. verwendet den aus Stuttgart von Louis Devermy bezogenen Sapo Kal. ven. transparens (superfeine Oelseife).

Es werden wöchentlich 2—3mal 25—40 g in der Regel Abends eingerieben, vom Nacken beginnend über den Rücken, und die Oberschenkel bis zu den Kniebeugen.

Nach einer halben Stunde wird die Seife mit lauwarmem Wasser abgewaschen.

Nach Kollmann soll die Wirkung der Schmierseife auf Neutralisation der Milchsäure im Organismus Einfluss üben, i. e. die Alkalescenz des Blutes zunehmen, Andere legen noch nebenher ein Gewicht auf die durch die Massage beförderte Steigerung des Stoffwechselumsatzes. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 9, 1899.)

Urotropin in der Kinderpraxis. Von Prof. O. Heubner.

H. hat in einer Reihe von Fällen von Cystitis und Cystopyelitis, welche auf verschiedene ätiologische Momente zu beziehen waren, bei Anwendung von Urotropin Erfahrungen gemacht, die zu weiteren Versuchen mit diesem Mittel anregen. In zwei Fällen führte das Urotropin völlige Heilung herbei, einmal bei einem zehn Jahre alten Knaben mit einer Cystitis gonorrhoica, welche schon mehrere Jahre bestanden hatte und vielfach behandelt worden war, nachdem, mit Unterbrechungen, durch 6—7 Wochen fünf Dosen zu 0·2 Urotropin verabreicht worden waren, und bei einem zweieinhalb Jahre alten Mädchen, welches

dreiviertel Jahre an Cystitis gelitten hatte, das circa drei Monate lang, fünfmal täglich, je 0·1 Urotropin genommen hatte.

In anderen Fällen war der Erfolg minder glänzend, aber auch in ihnen erwies sich das Mittel als relativ wirksam.

Ref. hat das Urotropin bei einem sieben Jahre alten Knaben mit Pyelitis längere Zeit und wiederholt in grossen Dosen (bis zu 3·0 pro die) ohne jeden Erfolg gegeben. Bei diesem Falle, der zur Operation kam, war eine Pyelitis in einer hydronephritischen Niere gefunden worden, bedingt durch eine angeborene Stenose des Ureters; auch in diesem Falle war die Reaction des Harnes immer sauer gewesen.

Bei Fällen mit sauerer Reaction aber scheint das Mittel, wie schon Nicolaier hervorgehoben und H. bestätigt, wirkungslos zu sein.

H. hebt auch hervor, dass er wiederholt bei Anwendung des Urotropins isochron mit der Anwendung und Aussetzen desselben Besserungen und Verschlimmerungen beobachten konnte, woraus der Grundsatz abzuleiten ist, die Darreichung des Mittels nicht zu früh nach Eintritt der Besserung zu sistiren. H. empfiehlt den ununterbrochenen Gebrauch zunächst durch drei Wochen und wenn nach Aussetzen des Medicamentes wieder Trübung des Harnes eintritt, in einer zweiten Periode von sechs Wochen u. s. w.

Die Tagesdose, welche H. zur Anwendung brachte, schwankte zwischen 0·5 bis 2·0 und es wurden niemals unangenehme Nebenwirkungen gesehen. — (Ther. d. Gegenw. H. 2, 1899.)

Weitere Ergebnisse der Diphtheriebehandlung mit Behring'schem Heilserum. Von Dr. de la Camp und Dr. Scholz.

Der vorliegende Bericht bezieht sich auf weitere 260 mit Heilserum behandelte Fälle und schliesst sich an die Berichte von Rumpf und Biehling. Neun Fälle, welche klinisch und bacteriologisch sich als Diptherie erwiesen, wurden in die Statistik eingereiht. Begonnen wurde, u. zw. auch bei Kindern, mit 1500 AE und öfters in den ersten 12 Stunden 3000 AE injicirt, höchstens 4500 AE innerhalb 36 Stunden.

Es starben von 260 Fällen 11·15%, von 170 Kindern 15·8%, im Jahre 1898 bis Mai von 40 Fällen nur 7·5%.

Unter den 260 Fällen waren 128 mit keinem Todesfalle, 55 mittelschwere mit 5·5% Mortalität, 26 schwere Fälle mit 46% Mortalität und 51 Tracheotomien mit 27·4% Mortalität.

Es wird auch im vorliegenden Berichte bestätigt, dass die Serumtherapie keine schnellere Loslösung der Membranen bewirke, keinen nachweisbaren Einfluss auf das Fieber, aber auch keine Störung des Allgemeinbefindens, keine Vermehrung der Fälle von Nephritis. Fälle von Diphtherierecidiven kamen dreimal vor. — (Mitth. a. d. Hamb. Staats-Krankenanst. Bd. 2, H. 1.)

Hygiene und Krankenpflege.

Bekleidungsreform und Wollsystem. Von M. Rubner.

Die lebenswichtigste Function der Kleidung betrifft ihre wärmeregulatorische Aufgabe, welche unter verschiedenen Umständen sehr verschieden gestaltet ist. Vor Allem hat die Kleidung die Aufgabe, den übermässigen Wärmeverlust einzuschränken durch das schlechte Leitungsvermögen der Kleidungsgewebe. Wir vermögen, richtig bekleidet, auch den niedrigsten Temperaturen des Erdballs zu widerstehen, u. zw. mit sehr verschiedenen „Anzügen". Man wechselt daher nicht gleich mit jeder Temperaturschwankung die Bekleidung, da man sich für etwa 12° Temperaturschwankung mit einem Anzug behelfen kann. Werden die Differenzen grösser, so wählt man eine andere Kleidung. Kälte mehrt den Stoffumsatz und die Wärmebildung, Wärme mindert beide. Dies ist die chemische Wärmeregulation. Daneben hat R. noch eine physikalische Regulation nachgewiesen, da es Temperaturgrenzen gibt, innerhalb deren Steigen und Sinken die Temperatur keinen Einfluss auf die Wärmebildung und Stoffzersetzung äussert, wobei fast immer durch die Steigerung oder Minderung der Wasserverdunstung von Haut oder Lungen das Wärmegleichgewicht wieder hergestellt wird. Die Eigenart der Menschen besteht darin, dass sie so viel Kleider tragen und sich so warm halten, dass sie in das Gebiet der physikalischen Regulation hineinrücken. Beim nackten Menschen wird bei ruhender Luft von mittlerer Feuchtigkeit erst von 27° ab durch das Sinken der Temperatur ein lebhafterer Stoffwechsel angeregt. Die Furcht vor Entblössung der Haut wird sicher viel zu weit getrieben. Selbst bei sehr hohen äusseren Temperaturen ist die Kleidung immer noch ein Schutz gegen äussere Insulte (Stoss, Verletzungen, Insecten, Insolation, plötzliche Windbewegungen), da die nackte Haut auch bei hoher Temperatur oft blitzschnell von starken Reizen getroffen wird. Da die Kleidung eine zweite

Haut vorstellt, muss sie natürlich den Aufgaben der lebenden Haut gerecht werden und wie sie den Wärmeabfluss regelt und leitet, so auch der Verdunstung freie Bahn lassen.

Durch welche Eigenschaften wird die Bekleidung ihrer Aufgabe gerecht? Den verschiedenen Grundsubstanzen der Kleidung haften nun einige Eigenthümlichkeiten als solche an. Diese nennt R. die primären, andere von der Art des Gewebes abhängende Eigenschaften die secundären. Primäre Eigenschaften sind z. B. die grössere mechanische Widerstandskraft, welche das Wollhaar zeigt gegenüber der dünnen Seide, der Baumwolle und dem Leinen, ferner die Anziehung von hygroskopischem Wasser, welche bei Wolle am stärksten, bei Seide geringer, am geringsten bei Leinen und Baumwolle gefunden wird u. A. m. Ungemein wichtig sind die secundären Eigenschaften der Gewebe. Die Webeweise ist ungleich, dadurch werden ganz ungleiche Mischungen von Luft und Stoff geschaffen. Glatte Gewebe enthalten mehr feste Stoffe und relativ weniger Luft als Tricotgewebe, Flanelle und Pelze. Je mehr Luft, desto wärmehaltender sind die Gewebe, ebenso, je mehr Fäden in einem Gewebe parallel zur Haut liegen. In dritter Linie hängt das Wärmeleitungsvermögen auch von der Grundsubstanz ab. Je grösser die Rauhigkeit der Gewebe, desto grösser die Wärmeausstrahlung.

Die Weichheit der Gewebe ist proportional der Dicke. Hygroskopische Feuchtigkeit macht die Stoffe etwas dicker und erhöht das Wärmeleitungsvermögen nach der Menge des aufgenommenen Wassers. Die Verdunstung und damit die abkühlende Wirkung ist eine umso grössere, je reichlicher die Poren mit Wasser gefüllt sind, also schnell beim baumwollenen Hemde und langsam bei Tricot- und Flanellgeweben irgend einer Grundsubstanz. Die grössten Sprünge im Wärmeleitungsvermögen findet man bei den glattgewebten Stoffen, bei Tricot- und Flanellgeweben sind sie weit geringer.

Die Verwendung glatter, dichter Gewebe als Unterkleidung oder in Form von Futterstoffen bei der Oberkleidung bedingt den Fehler einer hochwarmen Kleidung und Mangel an guter Ventilation. Die Kunst rationeller Bekleidung besteht zum grossen Theil in der Verhütung der Schweissablagerung. Eine ventilationsarme Kleidung erzeugt Abneigung gegen alle kräftigen Muskelbewegungen, macht schlaff, arbeitsunlustig, bang und unruhig. Zur Oberkleidung finden fast ausnahmslos Wollgewebe,

verschiedene Tuche, darunter Kammgarntuche, auch viele Lodenstoffe Anwendung, die alle in Beziehung auf Luftgehalt etc. nicht sehr verschieden sind. Gute Waare, wie man sie bis jetzt verwendet hat, ist ganz den Wollsystemgeweben ebenbürtig.

Am grössten sind die Unterschiede bei den einzelnen Menschen in der Art der Unterkleidung. Hier ist es besser, Tricotgewebe zu tragen, aber für sich allein, nicht etwa mit einem Leinen- oder Baumwollenhemd darüber (Woll-Tricot, Baumwoll-Tricot, Seide-Tricot). Im Hochsommer verfilzt der Woll-Tricot zu leicht an der Oberfläche, er ist daher für den Hochsommer zu dick und ventilationslos. Daher muss man dann statt der Wollreformgewebe Stoffe verwenden, die eine hohe Lüftbarkeit erzielen lassen, z. B. weitmaschige Seidenstoffe. Bei sehr niederen Temperaturen wird man dagegen gut thun, der Wollbekleidung durch Pelze nachzuhelfen.

Das Wollsystem ist also nicht ausschliesslich die rationellste Bekleidungsweise, es kann vielmehr recht gut und besser durch andere Combinationen von Geweben ersetzt werden. — (Zeitschr. f. diät. u. physikal. Therapie; Deutsche Med.-Ztg.)

Kleine Mittheilungen.

Ueber den schlechten Athem. Von Dr. Bayer. Dieses Leiden stellt keine bestimmte Erkrankung dar, es ist vielmehr nur das Symptom einer anderen Affection. Von diesen Letzteren kommen zunächst Krankheiten der oberen Luftwege, insbesondere Affectionen der Nase in Betracht. Sehr häufig kommt auch der üble Athem bei Frauen während der Menstruation vor. Es ist dies eine ganz bekannte Thatsache und sie beruht darauf, dass in der betreffenden Zeit die Schleimhäute der Nase und des Nasenrachenraums congestionirt sind und infolge dessen stärker secerniren. Von anderen Krankheiten, die üblen Athem in ihrem Gefolge haben, werden noch folgende genannt: In erster Linie die Ozäna; ferner die zuweilen im Gefolge der letztgenannten Krankheit beobachtete Laryngotracheitis blennorrhoica von Störck. Weiterhin das Empyem des Antrum Highmori, die Rhinitis caseosa, endlich die syphilitischen und nekrotischen Rhinitiden. Aber auch gewisse Krankheiten der Lunge und der Bronchien kommen in Betracht, wie die chronische Bronchitis mit Erweiterung der Bronchien, die fötide Bronchitis, das Empyem mit Durchbruch zur Lunge, endlich die

Lungentuberculose mit Höhlenbildung. Wieder andere Ursachen des üblen Athems sind Erkrankungen der Mundschleimhaut und der Zähne, von denen die ersteren theils dyskrasischer, theils toxischer, theils infectiöser Natur sein können. Auch eine ganze Anzahl acuter und chronischer Krankheiten der verschiedenartigsten Organe, besonders aber der Verdauungsorgane, können den üblen Athem verursachen. Auf keinen Fall aber versäume man bei Kranken, die mit dem genannten Leiden behaftet sind, eine genaue rhinoskopische und laryngoskopische Untersuchung vorzunehmen. — (Revue de laryng.; Deutsche Med.-Ztg.)

Die Elektricität als Abführmittel empfiehlt Hünerfauth in solchen Fällen, wo das Gefühl des Stuhldranges fehlt. In der Rückenlage des Patienten, wobei derselbe die Beine leicht gegen das Abdomen anzieht, führt man die Anode in den Mastdarm ein, während man die Kathode in Gestalt einer Plattenelektrode von 40—60 cm^2 in der linken Leistengegend über dem Dickdarm applicirt. Die anzuwendende Stromstärke beträgt 2—5 M.-A., die Dauer der Sitzung 2—5 Minuten. Der eintretende Stuhldrang ist manchmal so kräftig, dass die Patienten sich beeilen müssen. — (Berl. klin. Wochenschr.)

Tödtliche Vergiftung durch Pelletierin. sulfuricum. In der „D. Med.-Ztg." berichtet Ciclas über eine letal endigende Bandwurmcur. Ein 34jähriger Epileptiker erhielt 0·5 g Pelletierin. sulfuricum zur Abtreibung einer Tänia. Es stellten sich nach einigen Stunden Uebelkeit, Erbrechen, Krämpfe und Gliederlähmung und bald darnach der Tod im Koma ein. Nachdem die Section die Abwesenheit jedes anderen Giftstoffes constatirt hatte, musste als Todesursache die Giftwirkung des erwähnten Präparates angenommen werden und empfiehlt C. deshalb an Stelle des Sulfats die Tanninverbindung (Pelletierin. tannicum) in der Bandwurmcur zu verwenden.

Plötzlicher Tod während eines Anfalles von Gallensteinkolik. Von Chauffard. Es handelte sich um eine 47jährige Frau, die seit einer Woche an heftigen Gallenkoliken litt. Die Pat., eine alte Trinkerin, litt seit fünf Jahren an solchen Anfällen, doch der letzte war der stärkste und längste, der je aufgetreten war. Schon am 2. Tage stellte sich Ikterus ein, am 3., 5. und 6. Tage trat starkes Nasenbluten und am 4. Tage auch Metrorrhagie ein. Bei ihrem Eintritte ins Spital verlangte

die Kranke, die furchtbar litt, eine Morphiuminjection, die, wie sie sagte, ihre Schmerzen stets gelindert hat. Sie zeigte keinerlei Erscheinung von Herzschwäche, nur war ihre Temperatur etwas niedrig, 36·8° in der Vagina. Eine Stunde nach der Injection von 1 cg Morphium wurde die Kranke todt in ihrem Bette aufgefunden, nachdem ihre Schmerzen aufgehört hatten. Bei der Section fand sich die Leber scheinbar normal, in der Gallenblase, die weder ausgedehnt noch atrophisch war, etwa ein Dutzend grosse und kleine Steine und eine reichliche Menge einer zähen, weisslichen Flüssigkeit, in der die chemische Analyse weder Pigment noch Gallensäure nachweisen liess. Ein erbsengrosser Stein war im Cysticus unmittelbar und oberhalb der Einmündung des Ductus hepaticus eingekeilt. Der Stein war absolut unbeweglich und der Cysticus hermetisch geschlossen, das Herz gesund und in Systole fest contrahirt, alle übrigen Organe gesund. Es ist nicht wahrscheinlich, dass diese Kranke an sogenannter reflectorischer Synkope gestorben ist, da der Tod nicht während des Schmerzanfalles, sondern erst nach Aufhören der Schmerzen eingetreten ist. Ueberdies tritt ja bei Synkope der Herzstillstand in Diastole und nicht in Systole ein. Wahrscheinlich liegt hier eine toxische Ursache für den Exitus vor. Die durch den Alkoholismus, durch die siebentägigen furchtbaren Schmerzen, durch vielfache Blutungen und die Autointoxication hepatischen Ursprungs bedingte Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des Organismus erklärt zur Genüge, dass schon eine geringe Morphiumdosis bei dieser Kranken eine tödtliche Wirkung haben konnte. Es empfiehlt sich daher in ähnlichen Fällen, namentlich wenn die Temperatur etwas niedrig ist, vom Morphium abzusehen, oder aber nach dem Vorschlage von Ferrand eine Mischung aus gleichen Theilen Aether und einer 2%igen Morphiumlösung einzuspritzen. — (Klin.-therap. Wochenschr.)

Die subcutane Ernährung mit Olivenöl. Von Dr. Du Mensil de Rochemont. Durch die Versuche v. Leube's ist mit Sicherheit erwiesen worden, dass bei Thieren subcutan injicirtes Fett resorbirt und umgesetzt wird. Gestützt auf diese Versuche hat Vf. auf seiner Abtheilung in gewissen Fällen hypodermatische Fettinjectionen zur Anwendung gezogen. Die Einverleibung des Fettes — er benützte ausschliesslich Olivenöl — muss, falls sie keine Schmerzen hervorrufen soll, unter sehr geringem Drucke vorgenommen werden; an einer Stelle dürfen zweckmässig nur 60 g

des auf Körpertemperatur erwärmten Oels injicirt werden. Aus Stoffwechselbestimmungen geht hervor, dass das subcutan applicirte Fett im Stoffhaushalt sowohl unter normalen wie unter pathologischen Verhältnissen zur Ausnützung kommt und dass unter gewissen Umständen sogar eine eiweisssparende Wirkung erzielt werden kann. So konnte er bei einem hochgradig abgemagerten Patienten, dessen Nahrungsaufnahme nahezu vollständig behindert war, bei einer über 18 Tage sich erstreckenden Zufuhr von 2000 g Olivenöl eine Gewichtszunahme von 7 Pfund erzielen trotz des erheblichen Eiweissverlustes, der durch profuse Expectoration und copiöse Durchfälle bedingt war. Es muss also danach als sicher betrachtet werden, dass man durch alleinige Fettzufuhr auf subcutanem Wege nicht nur das Körpergewicht auf Wochen erhalten, sondern sogar noch vermehren kann. Auf Grund seiner Erfahrungen bezeichnet der Vf. die Ernährung mittels subcutan applicirten Fettes bei schwindendem Fettvorrath des Körpers als durchaus rationell. Im Urin kommen bei dieser Art der Ernährung erhebliche Fettmengen nicht zur Ausscheidung. — (Deutsch. Arch. f. klin. Med.; Deutsch. med. Wochenschr.)

Ueber den Einfluss des Alkohols auf den Stoffwechsel des Hungernden. Von Dr. Rosemann. Die frühere Anschauung, dass Alkohol Eiweiss spare, ist in neuester Zeit durch Versuche, die unter v. Noorden's Leitung ausgeführt worden sind, wie auch durch R.'s Untersuchung dahin modificirt, dass Alkohol kein Eiweiss spare. Nach Untersuchungen, die Romeyn unter Forster's Leitung angestellt hat, scheint es, als ob der Alkohol zerstörend auf die Eiweissstoffe wirkt. Gibt man hungernden Personen Alkohol, so bemerkt man eine Vermehrung der Stickstoffausscheidung. R. hat nun seinerseits am Nachmittage des ersten Hungertages, zu welcher Zeit die Stickstoffausscheidung stetig sinkt, 50 cm Alkohol gegeben und eine Zunahme der Stickstoffausscheidung in den nächstfolgenden Stunden beobachtet. Auch wenn nach einigen Stunden noch einmal Alkohol gegeben wird, tritt eine Vermehrung der Stickstoffausscheidung ein. Daraus folgt, dass diese Zunahme nicht einfach auf die Erhöhung der Diurese zu beziehen ist. Bei Einführung von schnell resorbirbaren stickstofffreien Körpern (Zucker) wird nun die Stickstoffausscheidung des Hungernden ebenfalls vermehrt. R. führt die Erhöhung auf eine intensivere Zellenthätigkeit zurück, indem dieselbe durch die Aenderung der Concentration und Zusammensetzung der

umspülenden Flüssigkeiten angeregt wird. Er folgert: Der Alkohol wirkt weder im Sinne einer Vermehrung noch einer Verminderung des Eiweissstoffwechsels, sondern verhält sich hiefür durchaus indifferent. — (Münch. med. Wochenschr.)

Zur Vertreibung von Warzen empfiehlt Vidal folgendes Verfahren: Ein Stück schwarzer Seife wird auf Flanell aufgestrichen und dieses Pflaster wenn möglich Tag und Nacht, sonst nur während letzterer auf die Warzen aufgelegt. Setzt man dieses Verfahren durch beiläufig 14 Tage fort, so erweichen die Warzen und es genügt, selbe abzukratzen, um sie vollständig zum Verschwinden zu bringen. — (Annales de médec. chirurg.; New-Yorker med. Monatsschr.)

Die Behandlung des Pruritus senilis durch Darmantisepsis empfiehlt als von sicherem Erfolg begleitet Prof. Parisot in Nancy. Der Kranke wird purgirt, dann auf Milchdiät gesetzt und erhält täglich 2 g Benzonaphthol; schon nach 24 Stunden beginnt das lästige und hartnäckige Jucken dauernd zu verschwinden. — (Sem. méd.; Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Neuere Arzneimittel und Receptformeln.

Emol ist ein fleischfarbenes, ausserordentlich feines Pulver englischer Provenienz, das seiner chemischen Natur nach dem Steatit sehr nahe steht. Mit Wasser aufgeschlämmt, besitzt das Mittel eine bedeutende Emulsionskraft und reinigt die Haut in derselben Weise wie Seife; hartes kalkhaltiges Wasser wird durch das Emol weich gemacht. Wird das Emol mit Wasser zu einem Brei angerührt, in dicker Lage auf übermässig verhornte Theile der Fusssohle und Handfläche aufgetragen und die alsbaldige Eintrocknung des Breies durch Bedeckung mit Guttaperchapapier verhindert, so werden die Epidermisschichten in dem Grade erweicht, dass man sie leicht und vollkommen schmerzlos loslösen kann. Es lässt sich auf solche Weise das Emol bei einer Anzahl localer und constitutioneller Hautkrankheiten mit Erfolg verwenden. Als Streupulver aufgepudert, bildet das Emol ein treffliches Mittel gegen verschiedene Pruritusformen, indem es den Juckreiz stillt; es bewährt sich ferner auch bei nässenden Ekzemen und Erythemen infolge seiner austrocknenden Wirkung. Ganz ähnliche Eigenschaften wie das Emol scheint das neuerdings von V. E. Veliamowitsch (Semaine méd.) in die Dermato-

therapie eingeführte russische Product, „Kil“ genannt, zu besitzen, dessen Indicationen und Verwendungsweise sich vollkommen mit dem beim Emol Gesagten decken. Auch der durch Lahache (Journ. de Pharm. et Chem.) genauer bekannt gewordene arabische Seifenstein „Tfol“ dürfte derselben Classe von Naturproducten zuzuzählen sein und ähnlich wirken wie Emol und Kil.

Natrium saccharinicum (Natriumsalz des Benzoësäuresulfinids, leicht lösliches Saccharin). Weisses krystallinisches Pulver, das sich in Wasser löst und die 450fache Süsskraft des Rohrzuckers besitzt. Saccharingehalt: 90%. Dieses Präparat stellt jene Form des Saccharins dar, durch welche die Verdauungsthätigkeit am wenigsten beeinträchtigt wird. Durch die neuen Untersuchungen Descheemaekers (Semaine méd.) ist es bekannt, dass das Natriumsaccharinat eines der besten Darmantiseptica ist. In Dosen von 1 g 1—2mal täglich verabreicht, vermindert es die Zahl der gewöhnlich im Darme vorhandenen Organismen, besonders der Colibacillen bedeutend, während es zugleich sehr gut vertragen wird und weder Albuminurie erzeugt, noch den Harnstoffgehalt des Urins irgendwie erhöht. Das Präparat muss in Oblaten genommen werden, jedoch ist sehr darauf zu achten, dass die einhüllende Oblate im Munde nicht zerreisst, da sonst ein mehrere Tage anhaltender widerlich süsser Geschmack im Munde haften bleibt; um dies sicher zu umgehen, erscheint es empfehlenswerth, das Mittel in Charta japonica zu verabreichen. — (E. Merck's Jahresbericht.)

Gegen Schweisse der Phthisiker:

Rp. Acid. Camphorati 0·5—0·1
Dent. tal. dos. decem ad caps. amyl.

S. 2 Pulver Abends zu nehmen. — (Liebreich.)

Als Mundwasser:

Rp. Acet. pyrolign. rectif. 30·0
Spirit. 60·0
Tct. Myrrh. 10·0
Ol. Menth. pp. / Ol. Anis. stell. } āā gutt. X.

S. 1 Theelöffel zu einem Glase Wasser. — (Liebreich.)

Neue Quecksilberpräparate bei Luës:

1. Rp. Hydrarg. colloidalis 1·0
Ung. spl. 10·0
S. Zum Einreiben.

2. Rp. Solut. Hydrarg. colloid.
1—2% wässerige Lösung.
S. Zur subcut. Injection.
(1—2 cm^3.)

3. Rp. Hydrarg. colloidalis 0·3
Pulv. et extr. Liquir. q. s. ut f. pill. Nr. 30.
S. 2—4 Pillen täglich.

4. Rp. Empl. Hydrarg. colloid.
S. Pflaster. (Ehel.)

Als Emmenagogum:

Rp. Aloës 20·0—20·0
Myrrhae 6·0
Croci 3·0
Rad. Rhei. } ää 10·0
Acid hydrochlor. }
Vini hispanici 200·0
Digere et filtra.

S. ½—1 Theelöffel voll, mehrmals täglich. — (Liebreich.)

Gegen Stomatitis der Raucher:

Rp. Salol 1·0
Spirit. Menth. pp. 50·0
Tct. Catechu. 2·0

S. Mehrmals täglich als Mundwasser zu verwenden: 1 Theelöffel auf 1 Glas warmen Wassers. — (Boston med. surg. Journal.)

Bei Comedonen:

Rp. Acid. acet. dil. 2·0
Glycerini 3·0
Bol. alb. 4·0

M. f. pasta.

D. S. Abends aufzulegen. Nach einigen Tagen lassen sich die Mitesser leicht durch Drücken und Waschen mit Bimssteinseife entfernen. — (Unna.)

Bei Kinn- und Bartflechte:

Rp. Acid. benz. 2·5
Bals. Peruv. 5·0
Ung. Cerei 25·0

S. Aeusserlich, zum bestreichen. — Hager.

Bei drohendem Lungenödem:

Rp. Acid. benz. 3·0
Camphor. } ää 0·5
Stib. sulf. aur. }
Elaeosacch. foen. 5·0

M. f. p. divide in p. aeq. decem.

S. 2stündlich 1 Pulver. — (Berends.)

Als Excitans:

Rp. Acid. benzoici 1·5
Camphor. 1·0
Spirit. 12·0

S. Zur subcut. Injection. — (Rohde.)

Zu reizenden Fussbädern behufs Ableitung:

Rp. Acid. chloro-nitrosi 20·0—50·0 bis 100·0
Aq. ft. fervid. 5000·0—10000·0.

S. Als Fussbad. Metalllöffel sind zu vermeiden. — (Liebreich.)

Sitzungsberichte.

Wiener medicinischer Club.

Kolisch: Ueber Anwendung des Wassers in der inneren Therapie.

Der menschliche Organismus ist gegen eine Beschränkung seines Wasserbestandes viel empfindlicher als gegen die Entziehung von Nahrungsmitteln. Es existirt bisher keine einwandfreie Methode, um uns über den Wasserbestand oder den Wasserwechsel im Organismus unanfechtbare Daten zu liefern; die Untersuchung des Blutes genügt dieser Aufgabe nicht. Nach den Untersuchungen von Hammerschlag bringt Wasserentziehung zuerst am Muskel Veränderungen hervor. Herz hat in seiner Fiebertheorie die chemischen Vorgänge und Aenderungen des Aggregatzustandes in den Geweben bei Veränderung des Wassergehaltes auf die Entstehung von Wärmedifferenzen zurückgeführt.

Von vorneherein ist es nicht unwahrscheinlich, dass das Fieber mit gewissen Anomalien des Wasserbestandes einhergeht. Ausser bei Oedemen und Hydropsien

werden als auf Störungen im Wasserwechsel basirend angenommen: gewisse Circulationsstörungen (Oertel), viele anämische Zustände, gewisse Formen von Chlorose, welche allen anderen Heilversuchen trotzen, auf Aderlass oder Schwitzcur gebessert werden. Es scheint sich also hier um einen erhöhten Wassergehalt der Gewebe zu handeln, wie ihn auch Hoffmann für gewisse Formen von Neurasthenie speciell für die Nervensubstanz annimmt und dies auch therapeutisch durch erfolgreiche Heilung mittels Trockendiät begründet. Andere pathologische Zustände gehen mit Austrocknung der Gewebe einher, so z. B. die Carcinomkachexie, die Veränderungen im Greisenalter; trotzdem findet man bei der ersteren ein wässeriges Blut, es ist also auch hier die Blutuntersuchung nicht massgebend.

Eine Reihe von Indicationen zur therapeutischen Verwendung des Wassers rechnet nicht so sehr mit dem Wasserbestande des Organismus als mit den medicamentösen Eigenschaften des Wassers, z. B. mit der Ausfuhr von Giften aus dem Körper. Der grösste Theil der Trinkcuren bezweckt eine Zufuhr von Wasser. welches die im Organismus angehäuften Gifte löst, verdünnt und ausführt. Diesem Zwecke dienen Mineralwässer oder gewöhnliche Salzlösungen; die Wahl des Mineralwassers richtet sich danach, welches Organ wir anregen wollen, ob die Nieren, die Haut, den Darm oder die Lunge. In den meisten Fällen recurrirt man dabei auf die Niere, Haut und Darm, in den seltensten Fällen bei localen Processen, auf die Lunge. Zur Beeinflussung der gesunden Niere genügt jedes Wasser; wo die Niere nicht normal functionirt, werden demselben diuretisch wirkende Medicamente, am besten Harnstoff, zugesetzt, oder es wird eine eiweissreiche Nahrung empfohlen, ebenso wirkt das Karlsbader Wasser diuretisch. Für die Haut genügt nicht die blosse Wasserzufuhr, sondern es müssen ausserdem die Hautgefässe durch Wärme erweitert werden. Für den Darm sind jene Wässer vorzuziehen, welche vermöge ihres specifischen Salzgehaltes die Darmperistaltik anregen. Um die Haut oder die Niere anzuregen, wird das entsprechende Wasser warm oder heiss getrunken, weil es so den Magen schneller verlässt und an den Ort seiner erwünschten Wirksamkeit gelangt. Da bei den Trinkcuren an das Herz erhöhte Anforderungen gestellt werden, ist sein Zustand wohl zu beachten. In Fällen, wo angehäufte Giftstoffe im Körper kreisen und wo auf die Niere wegen eines pathologischen Zustandes derselben nicht recurrir werden kann, wird, wenn Gefahr im Verzuge ist (Urämie, Koma diabeticum) der Organismus durch intravenöse Infusion ausgewaschen, eventuell wird ein Aderlass vorausgeschickt.

Der Einfluss von Wasser auf die Entwicklung von Fettleibigkeit ist von vorneherein zu negiren; die Annahme eines solchen Einflusses auf die Fettleibigkeit durch Uebererernährung — Vortragender unterscheidet diese von der constitutionellen Fettleibigkeit — mag wohl dadurch entstanden sein, dass solche Leute viel essen und daneben auch viel trinken, u. zw. meist alkohol- oder kohlenhydrathältige Getränke. Hier spielt ein wichtiges Moment mit, nämlich die Erleichterung der Resorption durch Verdünnung des Nahrungsbreies. Diese Anforderung erfüllen wir bei unserer gewöhnlichen Ernährung durch den Zusatz von Suppe zu unseren Mahlzeiten, welche auch vermöge ihres Salzgehaltes resorptionsbefördernd wirkt dadurch, dass sie die osmotischen Verhältnisse begünstigt. Auf diese Verdünnung des Speisebreies muss in pathologischen Zuständen Rücksicht genommen werden, z. B. bei Gastrektasien und Hyperacidität, wo Flüssigkeitszufuhr direct contraindicirt ist.

Unter normalen Verhältnissen wird das Verlangen nach Wasser durch den Durst regulirt, unter pathologischen Verhältnissen gibt dieser aber nicht das thatsächliche Bedürfniss des Organismus nach Wasser an, u. zw. führen die Kranken mehr Flüssigkeit zu, als dem Bedarf des Organismus entspricht, während für die feste Nahrung unter pathologischen Verhältnissen das umgekehrte Verhalten besteht. Als Ursache dieses krankhaften Durstes sind Zustände anzusehen, welche thatsächlich mit einem Wasserverluste einhergehen, Polyurie (bei Schrumpfniere, Diabetes mellitus, bei mit Blutzerfall einhergehenden Erkrankungen), ferner massenhafte Production von Harnstoff, profuse Darmentleerungen, Gastroenteritis nach Vergiftungen, Cholera, Blutungen. Manche Zustände beruhen nicht auf dem Wasserverlust, sondern auf der mangelhaften Resorption von Wasser, z. B. bei Pylorusstenose. Grosser Durst bei fehlendem Wasserbedürfniss des Organismus findet sich ferner bei Hyperacidität, Magenneurosen, manchen Formen von Diabetes insipidus. In allen diesen Fällen ist die Regulirung der Wasserzufuhr keine leichte therapeutische Aufgabe, sie muss naturgemäss in einer Restringirung der zugeführten Wassermenge bestehen. Die vermehrte Wasserzufuhr schädigt den Organismus dadurch, dass sie zu der infolge derselben erfolgenden raschen Abfuhr der stickstoffhältigen Endproducte des Stoffwechsels dem Organismus Energie und ausserdem zur Erwärmung der meist nicht die Körpertemperatur besitzenden Flüssigkeit Wärme entzieht. Diese beiden Momente spielen auch in einer noch nicht beschriebenen Krankheitsform eine Rolle: Bei schweren Neurasthenikern mit psychischen Defecten beobachtet man manchmal Polydipsie mit consecutiver Polyurie, daneben werden aber grosse Mengen von eiweisshältiger Nahrung aufgenommen. Der Harn zeigt bei einem specifischen Gewichte von 1028 bis 1030 sehr hohe Harnstoffzahlen. Trotz der vermehrten Nahrungszufuhr werden solche Leute nicht fett, wenn ihnen aber die Eiweisszufuhr restringirt wird, magern sie rapid ab. Es scheint, dass bei ihnen die Fähigkeit, sich mit gesteigerter Nahrungszufuhr ins Gleichgewicht zu setzen, enorm gesteigert ist, im Gegensatz zu den Fällen von constitutioneller Fettsucht.

In therapeutischer Beziehung kommt für alle diese Zustände die Wasserentziehung in der Form der Trockendiät zur Anwendung, das Schroth'sche und das Oertel'sche Verfahren sind die wichtigsten Arten derselben.

Die Wasserentziehung hat für den menschlichen Organismus viel schwerere Folgen als die vermehrte Wasserzufuhr, derartige Experimente sind nur beim Thiere möglich, aber auch diese sind nicht ganz rein, da mit der Wasserentziehung auch der Appetit sistirt wird und die Thiere zu Grunde gehen, wenn sie etwa 20% ihres Wassers verloren haben. Auch bei geringeren Wasserentziehungen kommen schwere Erscheinungen vor, hauptsächlich der Appetitverlust, so dass die Menschen zwangsweise ernährt werden müssen. Ferner treten pathologischer Eiweisszerfall und Retention von Giftstoffen aus dem Eiweisszerfalle im Organismus infolge der verminderten Wasserausscheidung auf. Infolge dessen leidet das Darmepithel, es kommt zur Resorption von Giftstoffen aus dem Darm und zum gesteigerten Zerfall von Organbestandtheilen; diese krankhaften Vorgänge werden von Fieber begleitet. Eine zweite Erklärung für den gesteigerten Zerfall der stickstoffhältigen Organbestandtheile wäre darin zu erblicken, dass der Körper das fehlende Wasser aus seiner eigenen Substanz zu bilden trachtet. Dafür sprechen die Beobachtungen des Vortragenden beim gesteigerten Blutzerfall und bei acuten Blutungen, bei welchen gesteigerter Gewebszerfall vorkommt, während bei chronischer Anämie

derselbe nicht zu beobachten ist. Bei acuten Blutungen bilden sich infolge dieses Zerfalles Körper von hervorragend diuretischen Eigenschaften, es tritt daher dann gewöhnlich Polyurie ein, welche anderseits auch auf der Herbeiziehung von Wasser aus den Geweben beruhen kann, durch welche das Blut sein Volumen zu ersetzen trachtet. Die Retention von stickstoffhältigen Producten kommt wohl nur bei Nephritis in Betracht. Die Bildung von Wasser aus der Nahrung oder der eigenen Körpersubstanz kommt noch dort in Frage, wo sehr viel Nahrung zugeführt wird, wie z. B. bei der Mastcur; Vortragender hat bei derselben in acuter Weise Erscheinungen einer Ueberwässerung des Organismus entstehen gesehen. Dieser Umstand kann besonders bei Anämischen mit schwachem Herzen oft ohne Zufuhr gesteigerter Wasserquantitäten zu Pulsbeschleunigung und selbst zu Cyanose führen. An die Mastcuren sind keine übertriebenen Hoffnungen zu knüpfen, weil besonders in der ersten Zeit die kolossale Gewichtszunahme grösstentheils auf Retention von Wasser beruht; erst an zweiter Stelle kommt der Fettansatz in Betracht, der Ansatz von lebendiger Substanz könnte nur durch Eiweissansatz erzielt werden. — (Wien. med. Bl.)

Verein für innere Medicin in Berlin.

Klemperer: Ueber Fieberdiät.

Hippokrates pflegte Fieberkranke lediglich mit Mehlsuppen zu ernähren. Später entzog man diesen Kranken selbst fast jede Nahrung. Im Mittelalter mussten die Fiebernden geradezu hungern. Erst Graves in England und Trousseau in Frankreich führten in diesem Jahrhundert eine reichlichere Ernährung ein. In Deutschland hat Senator in seinem Werk über das Fieber sich gegen Milch und Eiweissnahrung ausgesprochen und die Diät möglichst zu beschränken gelehrt. Erst Hösslin und Buss haben eine grössere Nahrungszufuhr wieder eingeführt, indem sie zeigten, dass dieselbe den Kranken nicht nur nicht schadet, sondern sogar ihre Gewichtsverluste vermindert. Wenn dem Fiebernden auch der Appetit, das Zeichen des Nahrungsbedürfnisses, fehlt, so hat man darauf keine Rücksicht zu nehmen. Auch wird die Fieberhitze nicht, wie man früher glaubte, durch die Nahrungszufuhr gesteigert. Die Zersetzung des Nahrungseiweisses hat keinen Einfluss auf die Temperatur. Welche Gesichtspunkte müssen für die Ernährung des Fiebernden massgebend sein? Das Fieber ist die Summe derjenigen Zeichen, welche durch die im fiebernden Organismus kreisenden Bacteriengifte hervorgerufen werden. Die Erregung des thermoregulatorischen Centrums im Gehirn erzeugt die Wärmestauung, indem die Regulirung der Wärmeabgabe fortfällt. Alle Drüsenfunctionen leiden. Der Mangel der Speichelabsonderung erzeugt die Trockenheit des Mundes. Deshalb ist flüssige Nahrung nothwendig und sterile d. h. gekochte Kost, um das Bacterienwachsthum in der Mundhöhle nicht noch zu vermehren. Der Magensaft versiegt, es wird wenig HCl abgesondert. Deshalb hat man Salzsäure therapeutisch häufig Fiebernden verabreicht. Dieselbe ist aber contraindicirt, weil durch den Eiweisszerfall schon eine Uebersäuerung des Blutes erfolgt. Organische Säuren verdienen deshalb den Vorzug, sie werden sofort verbrannt. Ferner besteht eine motorische Schwäche des Magens, deshalb sollen nur kleine Nahrungsportionen gegeben werden, welche

einer Stauung und Zersetzung des Mageninhaltes vorbeugen. Die Darmresorption ist im Fieber fast ungestört, leidet selbst bei Diarrhöen wenig. Die Einwirkung des Fiebers auf die Nieren erfordert reichliche Flüssigkeitszufuhr behufs Auswaschung und Entgiftung des Körpers. Starke Diurese ist heilsam. Die Beeinflussung des Herzens soll durch Alkohol paralysirt werden, der aber nur bei drohender Krise und Collaps in grossen Dosen zu geben ist. Am wichtigsten ist die Einwirkung des Fiebers auf den Stoffwechsel. Die Stickstoffausscheidung ist erheblich gesteigert. Die Vermehrung stammt 1. vom Mangel an Nahrungszufuhr, 2. von der Vergiftung des zerfallenden Zellprotoplasmas. Diese toxogene Eiweissausscheidung lässt sich auf keine Weise hintenanhalten oder vermindern, dagegen wohl die Abschmelzung von Zelleiweiss infolge mangelhafter Ergänzung. Huppert und Riesel haben zwar gezeigt, dass je mehr Eiweiss den Fiebernden zugeführt desto mehr auch von ihnen zersetzt wird, aber Bauer hat nachgewiesen, dass ein Theil desselben doch angesetzt wird. Es wird freilich nicht zum Zellenaufbau verwendet, sondern verhindert eben nur die Hungerschmelzung des vorhandenen Zelleneiweisses. May hat gezeigt, dass bei fiebernden Kaninchen vermehrte Kohlehydratzufuhr die Eiweisszersetzung beschränkt. Für den Menschen hat K. im Verein mit v. Leyden das Gleiche erwiesen. Aber ein Stickstoffgleichgewicht ist nie zu erzielen. Etwa 2500—2800 Calorien müssen den Fiebernden zugeführt werden, um die Hungerschmelzung des Eiweisses zu verhüten. In welcher Form sie zugeführt werden, ist schliesslich gleichgiltig. Gewebsanbildung ist doch nicht zu erreichen, nur die Wärmebildung im Körper soll unterhalten werden. Mit Eiweissnahrung lässt sich das Calorienbedürfniss leichter befriedigen. Am zweckmässigsten ist die Milch, die allein vollkommen ausreichend ist, eventuell Zusatz von Milchzucker oder Sahne. Feste Kost darf nur fein zertheilt und gelöst gegeben werden.

Senator verwahrt sich zunächst dagegen, dass er eine Entziehungscur für Fiebernde je empfohlen hätte, vielmehr gerade neben einer mässigen Eiweisskost wenig Kohlehydrate und Fett. Nur gegen Milch habe er sich damals ablehnend verhalten. Die vom Vortragenden geforderte Calorienmenge sei viel zu hoch und auch bei dessen eigenen Versuchen niemals erreicht worden. Es gelingt in praxi nicht einmal die Zufuhr von 2000 Calorien bei einem ruhenden Fieberkranken. Grössere Mengen Milch sind ihm nicht beizubringen.

Hirschfeld bestreitet, dass reichliche Flüssigkeitszufuhr die Diurese steigert. Der Fiebernde hält das Wasser im Körper zurück, weil die Zellen quellen. Eine Oligurie ist primär gar nicht vorhanden. Das zeigt sich z. B. bei der fieberhaften Tuberculinreaction. Die Nahrungszufuhr ist in mässigen Grenzen zu halten, weil sie das Herz durch Steigerung des Stoffumsatzes belastet.

Goldscheider: Eine reichliche Eiweisszufuhr steigert auch die Darmfäulniss. Die Milchdiät ist ganz individuell einzurichten.

Bücher-Anzeigen.

Die multiple Fettgewebsnekrose. Klinische und experimentelle Studien von Dr. A. Katz und Dr. F. Winkler, mit einem Vorwort von Prof. L. Oser. Berlin 1899. S. Karger.

Nach einer besonders gründlichen und ausführlichst referirten Zu-

sammenfassung der bisher in der Literatur vorliegenden Fälle von multipler Fettgewebsnekrose, an welche noch ein selbst beobachteter Fall angeschlossen wird, geben die Autoren ein übersichtliches Bild der Klinik und pathologischen Anatomie dieser Erkrankung.

Im Anschluss an Versuche, die Oser in seinem Buche „Die Erkrankungen des Pankreas" mitgetheilt, gingen nun K. und W. daran, der Frage nach der Genese der Fettgewebsnekrose auf experimentellem Wege näher zu kommen. Bei den bisherigen Versuchen (Hildebrand, Dettmer, Milisch u. A.), durch Unterbindung des Pankreasparenchyms Nekrosen zu erzeugen, hatte man sich auf Anlegung einer oder weniger Ligaturen beschränkt, die Läsionen waren zu gering und deckten sich nicht mit den beim Menschen beobachteten Veränderungen.

Es wurden nun bei den ausführlichst und in grosser Zahl (51) mitgetheilten Versuchen von K. und W. in der ganzen Ausdehnung des Pankreas eine grosse Anzahl von Ligaturen angelegt und gleichzeitig der unterbundene Hauptausführungsgang der Drüse durchschnitten, um eine energischere Stauung des Pankreassaftes in der Drüse zu erzielen. Es zeigte sich nun fast ausnahmslos der innige Zusammenhang zwischen Ligatur und Fettgewebsnekrose. „Streifenförmig erstreckten sich die Nekrosen zu beiden Seiten des angelegten Fadens." Eingelagert waren sie in hämorrhagisches Gewebe, neben welchem scharf umschriebene, weisslich glänzende Stellen zu beobachten waren. Auch im peripankreatischen Gewebe, im grossen Netz, im Fettgewebe zwischen Pankreas und Milz und einmal auch im subperitonealen Fett traten Nekrosen auf. Ferner konnte bei den meisten Versuchen eine deutliche Verkleinerung der Milz constatirt werden. Das Blut der Versuchsthiere zeigte raschere Gerinnbarkeit und Tendenz zum Auftreten von Hämoglobinkrystallen, ferner eine erhebliche Hyperleukocythose, welche auf Resorption des beim Kernzerfall frei werdenden Nucleins bezogen wird.

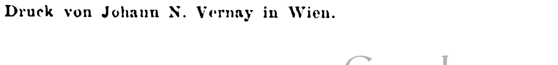
Durch die Reichhaltigkeit der positiven Befunde wird die vorliegende Arbeit ein werthvoller Beitrag zur Pathologie des Pankreas und die zusammenfassende Behandlung der ganzen Frage, die in mustergiltiger Weise durchgeführt erscheint, sichert den Verfassern vielfachen Dank.

Reichel.

Agenda therapeutica. Neuere Medicamente und Arzneiverordnungen, zusammengestellt von Privatdocent Dr. Heinrich Paschkis. Wien 1898. Im Verlage des Verfassers.

Vf. gibt eine Zusammenstellung der neuesten Medicamente und Receptformeln, soweit dieselben für den Praktiker von Wichtigkeit sind. Es ist in dem Büchlein, sorgfältig gesichtet, Alles enthalten, was in letzterer Zeit Wissenswerthes auf diesem Gebiete erschienen ist und wir können dasselbe den Praktikern bestens empfehlen.

Herausgeber und verantwortlicher Redacteur: Dr. M. Heitler. — Verlag von Moritz Perles.
Druck von Johann N. Vernay in Wien.



Aus der dermatologischen Abtheilung ehem. Prof. H. v. Hebra's an der allg. Poliklinik in Wien.

Ueber Nutzanwendung des Tannoforms bei Hautaffectionen.

Von Privatdocent Dr. Karl Ullmann in Wien

emer. Assistenten der Syphilis-Abtheilung Prof. E. Lang's und der Wiener allg. Poliklinik.

Im Jahre 1895 ist von E. Merck in Darmstadt unter dem Namen Tannoform ein chemisches Product in den Handel gebracht worden, das zuerst von J. v. Mering als Darmadstringens, fast gleichzeitig auch von E. Frank in Berlin zur Therapie einzelner Hautaffectionen verwendet und empfohlen wurde.

Das Tannoform stellt, wie den jährlichen Berichten E. Merck's vom Jahre 1897 zu entnehmen ist, ein Condensationsproduct des Formaldehyds und der Gallusgerbsäure dar und muss als ein Methylenditannin der Formel $CH_2 < {C_{14} H_9 O_9 \atop C_{14} H_9 O_9}$ aufgefasst werden. Es bildet ein leichtes, weissröthliches Pulver, das in Wasser unlöslich, in Alkohol, verdünnten Alkalien mit gelblicher bis braunrother Farbe aufgelöst und durch Zusatz von Säuren aus den Lösungen wieder abgeschieden werden kann.

Nach den Angaben von J. v. Mering[1]) unterscheidet sich das Tannoform in seiner Wirkungsweise wesentlich von dem Tannin. Während Letzteres in Wasser löslich ist, einen unangenehmen, zusammenziehenden Geschmack besitzt und auf den Schleimhäuten Reizerscheinungen hervorruft, wird das vollkommen geruch- und geschmacklose, in Wasser, sowie in angesäuerten Flüssigkeiten unlösliche Tannoform von den Schleimhäuten des Mundes und des Magens vortrefflich ertragen und erreicht den Darmcanal unzersetzt in wirksamer Form. Das Tannoform wirkt aber nicht nur als Adstringens, sondern es entfaltet auch, obschon in wesentlich milderem Grade, die dem Formaldehyd selbst eigenen, antiseptischen, härtenden und trocknenden Eigenschaften.

Diesen Eigenschaften entsprechend hat das Tannoform von Seiten zahlreicher Aerzte Eingang in die Therapie innerer wie äusserer Erkrankungen gefunden.

Was seine adstringirende Wirkung auf den Darmtract betrifft, über welche zuerst die Aerzte de Buck und de Moor[2]) in Gent, dann M. Eberson,[3]) J. Braun,[4]) J. Munk,[5]) C. Sziklaj,[6]) A. Dworetzky,[7]) F. Kopper,[8]) J. Landau,[9]) D. Monti und P. Dragoni,[10]) A. Fasano[11]) im günstigen Sinne berichtet haben, so hatte ich, der Art meiner ärztlichen Privatpraxis sowie der Natur des Krankenmaterials an der Poliklinik entsprechend, nur verhältnissmässig wenig Gelegenheit, selbständige Erfahrungen über diese Art der Wirkung zu sammeln.

Ich kann hier nur über den Verlauf einzelner Fälle von Kinderdiarrhöe und Darmkatarrh aus meiner Privatpraxis, beispielsweise von solchen, die in meiner eigenen Familie vorgekommen waren, berichten, denen ich durch mehrere innerliche Gaben von 0·2 Tannoform pro dosi (2—3mal täglich) jedesmal in wenigen Tagen erfolgreich zu begegnen in der Lage war.

Es hat mich die zweifellose styptische, vielleicht auch bactericide Wirkung des Tannoforms, die diesem Medicamente, ähnlich wie seinem beliebten Vorgänger, dem von Gottlieb dargestellten Tannalbin, innewohnt, veranlasst, dasselbe als styptischen Zusatz zu den von mir bisweilen verordneten internen Quecksilbermitteln zu reichen. Dementsprechend verwende ich z. B. seit längerer Zeit mit sehr gutem Erfolge folgende Composition:

Rp. Protojodureti Hydrargyri 0·5
Tannoformii 2·0
Extractum et pulvis liquiritiae q. s. u. f. pil. Nr. 25
Signa: 3—5 Pillen täglich.

Dieses Präparat wurde von mir in einer grösseren Reihe von Fällen allgemeiner Syphilis, speciell meiner Privatpraxis, bei Patienten, welche intensiveren und umständlicheren Methoden der Hg-Behandlung nicht ausgesetzt werden konnten, ganz ausgezeichnet, d. h. ohne dass dabei jemals diarrhöische Symptome aufgetreten waren, vertragen, während letztere bei alleiniger Protojoduret-Verabreichung wiederholt beobachtet worden sind. Es ersetzt das adstringirende Tannoform das hier sonst gebräuchliche narkotische Laudanum.

Die geschilderten Eigenschaften des Tannoforms, bereits im Jahre 1896 von einer Reihe von Aerzten festgestellt, bezw. bestätigt, schienen mir werthvoll genug, um mich zu einer ausgiebigen systematischen Anwendung desselben speciell für einzelne Hautaffectionen, u. zw. insbesondere für solche zu veranlassen, bei denen zur Zeit noch ein Bedürfniss nach verlässlich wirksamen Mitteln besteht.

Das beträchtliche, zu jener Zeit (1896/97) grösstentheils unter meiner Leitung gestandene Krankenmaterial des Hautambulatoriums gestattete mir, mich bald über den Werth des Tannoforms zu orientiren. Den günstigsten Ergebnissen meiner damals durch etwa ein Jahr fortgesetzten, systematischen Versuche zufolge, verwende ich das Tannoform seither dauernd zur externen Therapie für gewisse Hautaffectionen, bezw. Stadien derselben und habe ich dementsprechend bei der Anwendung des Tannoforms und der damit erzielten Resultate beiderlei Beobachtungsreihen, die der Poliklinik, sowie die der Privatpraxis entstammenden, zusammengefasst.

In der weiter unten angegebenen Zusammenstellung nicht ohne grosse Mühe in Evidenz gehaltener Krankheitszustände, welche ich zum Theile der freundlichen Mithilfe des Herrn Collegen Dr. Thumen, Assistenten der Poliklinik, verdanke, sind jedoch nur die poliklinischen Fälle mit einbezogen.

Die Eigenthümlichkeit der Zusammensetzung und der chemischen Eigenschaften des Tannoforms, dessen adstringirende und zugleich antiseptische, dessen austrocknende und dennoch nicht irritirende Wirkung liess mir das Präparat von vorneherein auch zur Nutzanwendung für die verhältnissmässig leichter irritablen äusseren Hautdecken erscheinen. Die letztgenannte wichtigste Eigenschaft wird auch von mehreren Aerzten, die damit selbständige Beobachtungen angestellt haben, besonders hervorgehoben, so von A. Hoff,[12]) R. W. Frank,[13]) L. Hesse,[14]) S. Ehrmann[15]) u. A.

Die häufigste Verwendung hat das Tannoform bisher als Streupulver, mit Talk oder Amylum im Verhältniss von 1 : 3 gemengt, gegen Hyperhidrosis localis, insbesondere gegen den Schweissfuss gefunden, und haben bereits mehrere Militärärzte, so F. Kapper[8]) und Herz,[16]) ihren zahlreichen Erfahrungen entsprechend, tannoformhältige Streupulver als die werthvollsten der bisher verwendeten Schweissmittel, zumal für marschirende

Truppen bezeichnet. Aber auch gegen andere Hautaffectionen, insbesonders gegen Ekzeme, hat sich das Tannoform, z. B. in 10%igen Salben mit Lanolin und Unguentum simplex zu gleichen Theilen (Ehrmann) oder mit Vaselinum flavum allein als Grundlage recht gut bewährt. Auch gegenüber selteneren Hautaffectionen, wie Decubitus (Hoff) und Brandwunden (Hesse), ferner gegen Ulcera cruris, sowie nicht specifische, eiternde und oberflächliche Hautwunden, ferner als Verbandmittel bei Hautläsionen, Riss- und Quetschwunden (Ehrmann), ja selbst gegen Favus capitis (Eberson), weiterhin gegen gewisse katarrhalische oder herdweise auftretende Schleimhautaffectionen des Nasen-Rachenraumes, z. B. Angina lacunaris, Rhinitis (Fasano) wurde Tannoform in verschiedenen Mischungen erfolgreich in Verwendung gezogen; gegen die letztgenannten Schleimhautaffectionen ab pur et simple insufflirt. Im Ganzen und Grossen wurden gegen alle bisher genannten Hautaffectionen, soweit bei ihnen auf ein unschädliches, mildes und doch sicher wirkendes Adstringens recurrirt wurde, mit Tannoform günstige therapeutische Resultate erzielt.

Bei meinen eigenen ziemlich umfangreichen Versuchen war ich nun hauptsächlich bestrebt, jene Hautaffectionen, bezw. Stadien derselben, festzustellen, bei denen die überall hervorgehobene milde, adstringirende und antiseptische Wirkung des Tannoforms auf die erkrankte Haut anderen Hautmitteln gegenüber einen Vorzug verdient.

Im Hinblick darauf, dass sich meine Ergebnisse auf eine grössere Versuchsreihe stützen, und auch nicht in allen Punkten mit den bisherigen Mittheilungen übereinstimmen, da sich mir dabei ferner einzelne Verschreibungs- und Verwendungsweisen als zweckmässiger herausgestellt haben, als die bisher bekannt gewordenen, fühlte ich mich zu ausführlicher Mittheilung veranlasst.

Ganz besonders bestimmte mich aber dazu die auch von Ehrmann, Hesse u. A. bereits hervorgehobene Thatsache, dass das Tannoform ein Specificum für Affectionen der heissen Jahreszeit darstelle, sowie dementsprechend auch ein Specificum für viele jener Erkrankungen, die besonders häufig in den heissen Ländern zur Entwicklung gelangen.

Wie nachfolgende Tabelle zeigt, wurde das Tannoform systematisch an 154 Fällen des Ambulatoriums angewendet. Wie aus derselben ferner auch ersichtlich ist, wurde als Ver-

schreibungsform bloss das Streupulver, u. zw. für therapeutische Zwecke meist

Rp. Tannoformii
Amyli Oryzae
Talci subt. pulver. } āā 30·0

für prophylaktische Zwecke, z. B. gegen Hyperhydrosis, Neigung zur Bildung von Intertrigo, venerische Papillome dasselbe aber ohne Amylum Oryzae, u. zw.:

Rp. Tannoformii 30·0
Talci venet. subt. pulver. 60·0

verwendet. Zur Salbenbereitung nahm ich anfangs einfaches amerikanisches Vaselin, später verwendete ich dazu ausschliesslich weisses petrolfreies Paraffinum solidum und Lanolin

Rp. Tannoformii 3·0—6·0
Vaselin albi solidi 10·0
Lanolini 20·0

Als Emulsion bewährte sich mir am besten, u. zw. besonders oft gegen Brandwunden, entzündliche Phimose, bei Balanoposthitis folgende Formel:

Rp. Tannoformii 5·0
Paraffini albi solidi 5·0—10·0
(Je nach der Jahreszeit.)
Paraffini (Vaselini) liquidi 90·0, resp. 85·0
Signa: Tannoform-Paraffinemulsion.

Trefflich bewährte sich mir ferner ein 25%iges Tannoformpflaster; als Pflastermasse diente mir dazu die von der Firma Turinsky in Wien seit Jahren in höchst vervollkommneter Art dargestellte Collaetina, eine durch Lanolinzusatz weich und schmiegsam gemachte, viele Monate vollkommen unverändert bleibende indifferente Leimpflastermasse. 100 g dieser Collaetina Tannoformii (Marke Austria), d. i. ein circa 1²/₅ m langes, 20 cm breites Pflasterband, maschinell hergestellt, enthält 25 g reines Tannoform.

Dasselbe Pflaster unter 5% Zusatz von Salicylsäure Collaetina Tannoformi cum Acido salicylico vereinigt die Wirkung des Tannoforms mit der gelinde macerirenden der gewöhnlichen Salicylpflaster.

Sonstige, seltener gebrauchte oder nur versuchsweise verschriebene, aber sich nicht immer bewährende Verordnungen des Tannoforms, sowie Combinationen des Tannoforms mit anderen wirksamen Medicamenten glaube ich hier, vorläufig wenigstens, besser übergehen zu sollen.

Tabelle der poliklinischen Versuchsreihe.

Diagnose	Zahl der Fälle	Besondere Bemerkungen
Combustio	3	Emulsion oder Salbe
Erythema multiforme	3	Als Streupulver auf nässende Flächen, sonst als Salbe und Pflaster
Sudammina (Ekzema sudamen acutum)	5	Streupulver
Ekzema acutum maddidans diverso loco localisatum	8	Als Streupulver, abwechselnd mit Umschlägen und Kälte
Ekzema acutum impetiginosum	4	Als Salbe oder Pflaster
Ekzema Intertrigo	8	Als Streupulver oder Salbe, meist neben Resorcinwaschungen
Ekzema chronicum manus	18	Meist als Pflaster
Ekzema chronicum faciei	11	Salbe und Pflaster
Ekzema chronicum corporis diffusum vel multiplex	9	Salbe, bezw. Pflaster
Ekzema seborrhoicum capitis vel corporis	11	Salbe neben Seifenwaschungen, oder als Tannoform-Seife
Hyperhidrosis localis pedis	12	Streupulver
Hyperhidrosis manus vel universalis	4	Streupulver
Dyshidrosis	3	Streupulver
Erosiones innocentes ad genitale	5	Streupulver, Pflaster
Ulcera venerea	5	Streupulver
Condylomata accuminata (venerea)	6	Streupulver, Pflaster
Balanoposthitis acuta catarrhalis	7	Streupulver, bezw. wo Phimose, Paraffinemulsion
Gonorrhoea acuta anterior	3	Emulsion
Urticaria	12	Streupulver
Furunculosis multiplex	2	Pflaster, Pflaster mit Salicylgehalt
Herpes zoster	1	Streupulver
Sycosis vulgaris	2	Pflaster und Salbe, ohne und mit Salicylgehalt
Acne folliculitis (indurirte Formen)	6	Pflaster, ohne und mit Salicylgehalt
Perniones	4	Pflaster
Syphilis papulosa ad anum et ad genitale	2	Streupulver
	154	

Was die Anwendung dieser Präparate bei den verschiedenen angeführten Affectionen und deren Wirkungsweise dabei betrifft, so scheint mir Folgendes der Erwähnung werth.

Hyperhidrosis: Die besten Resultate ergab ein Verfahren, bei dem die betreffenden Theile, Füsse, Achselhöhlen, Schenkelfalten, Genitalgegend, regelmässig des Abends gründlich mit Wasser, eventuell mit Seife gereinigt oder gebadet, gut getrocknet und hierauf mittelst eines Flanelllappens oder Wattebausches die betreffenden Partien intensiv mit T.-Puder eingepudert und abgerieben werden. Diese Behandlung wird durch 8—14 Tage fortgesetzt. Bei excessiven Fällen, insbesondere bei Fussschweissen und während Märschen wird das Verfahren auch bei Tag wiederholt, dagegen fand ich das Einstreuen des Tannoformpulvers in die Bekleidung, beispielsweise Fussocken oder Lappen für überflüssig, zum Mindesten, wenn es für sich allein angewendet wurde, für weniger wirksam. Wird das Medicament derart längere Zeit intensiver in die Haut verrieben und namentlich über Nacht ruhig mit dieser in Contact gelassen, dann tritt auch ein mässiger Grad von Gerbung, bezw. Trockenheit der betroffenen Hautpartien ein, welcher dann im Gegensatze zur Behauptung Frank's, wie ich öfters bemerken konnte, nicht mit dem Aussetzen des T. sofort schwindet, sondern auch noch ziemlich lange über die Zeit der Anwendung hinaus anhält. Auffallend rasch schwinden unter dieser Behandlung vor Allem der penetrante Schweissgeruch (Bromhidrosis) und die Macerationserscheinungen, mit diesen aber auch die Erosionen und Fissuren, die sonst gewöhnlich den Zustand der Hyperhidrosis zu einem mitunter recht beschwerlichen, weil schmerzhaften gestalten und gerne die Pforten zur Secundärinfection und z. B. die Quellen zur Bildung von Lymphangoitis, Abscessen, Phlegmonen und Erysipel abgeben.

Es scheint, dass beide hier in Betracht kommenden Bestandtheile des Tannoforms, d. i. das Formaldehyd, wie die Gallus-Gerbsäure, wenn auch nur allmälig und in geringen Mengen abgespalten werden und so in nativem Zustande eine gelinde reizlose Wirkung auf die veränderte und feuchte Haut entfalten. Jedenfalls kann ich nur bestätigen, was L. Hesse in seiner vergleichenden Zusammenstellung der modernen Schweissmittel bereits ausgesprochen hat, dass nämlich das Tannoform für diese Affectionen in Bezug auf die Bequemlichkeit und Wirk-

samkeit allen übrigen bisher bekannten Mitteln vorzuziehen ist. Speciell für die Armee, für Truppen- und Matrosenbehandlung ist diese Art der Medication schon wegen ihrer Unschädlichkeit und relativen Wohlfeilheit, sowie Einfachheit allen systematischen Bepinselungen mit giftigen und scharfen Solutionen, z. B. mit Chromsäure, Salzsäure, Brandau's Liquor antihidroticus etc. nicht zu vertauschen. — Speciell für die Schiffsmannschaft gewinnt diese Art der Behandlung insoferne höhere Bedeutung, als ja erfahrungsgemäss, insbesondere während des Verweilens unter tropischen Breiten, die normale Wasserabdunstung von der Hautoberfläche ohnedies wesentlich erschwert ist, die Maceration bedeckter Körpertheile aber wesentlich gefördert wird und dadurch Letztere zur Bildung consecutiver entzündlicher, auch wohl parasitärer Hauterkrankungen prädisponirt werden. — Von allen Autoren, die das Tannoform zur Behandlung von Hyperhidrosis angewendet haben, wurde diese Therapie als eine sehr zweckmässige und trefflich wirkende dargestellt. Auch ich muss mich auf Grund meiner Erfahrungen dem Urtheile Anderer anschliessen, und findet sich das Mittel bereits in Kaposi's „Pathologie der Hautkrankheiten“, neueste Auflage 1898 und 1899, Urban und Schwarzenberg, unter die symptomatischen Mittel gegen Hyperhidrosis angeführt.

Es wäre ausser der symptomatischen Behandlung der Hyperhidrosis auch eine mehr radicale, durch tagelange Einwicklung der vom Schweisse macerirten Partien mit salicylhältigem Tannoformpflaster indicirt, in ähnlicher Weise wie F. v. Hebra Schweissfüsse durch systematische Bleipflasterwicklungen behandelte.

Eine vereinzelt gebliebene Beobachtung, die ich in letzterer Zeit bei einem an Hyperhidrosis pedum leidenden Kranken machen konnte, die ein bleibendes günstiges Resultat aufweist, soll hier nicht unerwähnt bleiben. Die macerirende Wirkung ist hier allerdings nicht so intensiv, wie sie nach den von mir früher gemachten Diachylonpflastercuren nach F. Hebra beobachtet wurden. Es scheint aber, dass ein achttägiger Tannoformpflastergebrauch bei täglichem Wechsel, ohne eine völlige Abschälung, dennoch eine nachhaltige adstringirende und die Schweisssecretion erheblich einschränkende Wirkung entfaltet.

Sudamina (Miliaria, prickly heat), Dyshidrosis, Ekzema Intertrigo: Bei den hier genannten dreierlei Erkrankungen kommt, wie wohl jetzt allgemein zugegeben wird, bei der

Therapie zunächst die Beseitigung des wichtigsten und hier gemeinsamen ätiologischen Momentes in Betracht, und diese sind bei den erstgenannten Formen Sudamina und Dyshidrosis die Reizwirkung des in der Oberhaut innerhalb der Ausführungsgänge der Schweissfollikel retinirten Schweisses. Bei der letztgenannten Form wieder ist es vornehmlich die irritirende äusserliche Einwirkung des profus abgesonderten Schweisses auf die Epidermis und die dadurch begünstigte Bacterienwucherung.

In unserem gemässigten Klima kommt hier wohl hauptsächlich nur das Ekzema Intertrigo, bezw. der reine Intertrigo in Betracht. In den beobachteten acht poliklinischen Fällen, zu denen noch einzelne aus der Privatpraxis kamen, that mir das Tannoformstreupulver (mit Talk) oder die lanolinhältige Salbe meist vorzügliche Wirkung, insoferne darunter Schwellung, Secretion und Schmerzhaftigkeit bald abnehmen, selbst in solchen Fällen, wo zur Zeit der Behandlung der Beruf nicht unterbrochen werden konnte.

In den fünf Fällen von Sudamina (Ekzema acutum, Ekzema folliculare) schien mir das Tannoformstreupulver den rascheren Ablauf der entzündlichen Erscheinungen und des Hautjuckens gegenüber der einfachen Amylumbehandlung zu beschleunigen. Der Werth des Tannoformstreupulvers bei diesen und ähnlichen Affectionen würde sich allerdings erst in solchen Ländern deutlicher manifestiren, wo dieselben häufiger und intensiver auftreten, z. B. gegenüber dem so gefürchteten Lichen tropicus (schwarzen Hund) der Seeleute. Eine prophylaktische Bepuderung, bezw. Abreibung des ganzen Körpers mit Tannoformpuder nach Application der hier gewiss auch nothwendigen kalten Douchen, dürfte nach Analogie der sonstigen Wirkung des Tannoforms ohne Zweifel dazu dienen, die Haut gegen den stetigen Reiz der profusen Schweissbildung weniger empfindlich zu machen.

Recht günstig verliefen unter Tannoformpuderabreibungen die bei uns übrigens nicht häufigen Fälle von Dyshidrosis meiner Beobachtung. Diese eigenthümliche, dem Ekzem sehr nahestehende und oft dafür gehaltene Hauterkrankung, charakterisirt durch den tiefen Sitz der gebildeten Bläschen, welche in kleinen Gruppen, insbesondere an und zwischen den Fusszehen, aber auch an den Fingern, im Gesichte, also im Allgemeinen dort auftreten, wo die Haut reich an Schweissfollikeln ist, eine Erkrankung, besonders hartnäckig durch ihre örtlichen Recidiven ohne jede

Tendenz zur Umgestaltung in andere ekzemähnliche Formen der Hautentzündung, dagegen viel häufiger gefolgt von Lymphangoitis und sympathischer Drüsenschwellung als das Ekzem, ist, wie bekannt, an sich schwer therapeutisch zu beeinflussen. Ausser der raschen und sorgfältigen Eröffnung der tiefsitzenden Bläschen und örtlicher Antiphlogose fand ich unter den bisherigen Beobachtungen (je drei der poliklinischen und privaten Praxis) den günstigsten Ablauf, bezw. die sicherste Verhütung von Recidiven unter consequenter Tannoformpuderbehandlung. Wiederholt konnte ich in Fällen aus der letzten Zeit dabei beobachten, dass die Bläschenbildungen insolange ausblieben, als die Tannoformeinreibungen ohne Unterbrechung durchgeführt wurden, sich dagegen wieder einstellten, sobald damit ausgesetzt oder auch nur andere Behandlungen (Zinkpasta, Carbolsalbe, Borsalbe etc.) dafür substituirt worden waren. Es scheint demnach, dass hier thatsächlich die keimtödtende und adstringirende Wirkung in Combination mit der Reizlosigkeit des Präparates den günstigen Effect hervorrufen.

Ekzeme: Sehr ungleich fand ich den therapeutischen Werth des Tannoforms gegenüber den verschiedenen Formen des Ekzems. Eine günstige Wirkung fand ich von dem systematischen Einpudern solcher Regionen, bei denen die Schweisshypersecretion zur Ekzembildung geführt hatte, so in zahlreichen, der oben in der Tabelle angeführten Fälle von Ekzema chronicum axillae und perigenitalis, so auch bei hartnäckigen Fällen von Ekzema ani. Die Beseitigung des Juckreizes als Indicatio causalis durch das Tannoformpoudre scheint mir hier beachtenswerth zu sein. Ich liess aus diesem Grunde diese Behandlung, u. zw. mit bestem Erfolge, hauptsächlich zu vorbeugenden Zwecken, in der Regel erst dann beginnen, wenn die an sich oft recht resistenten, noch stark infiltrirten ekzematösen Partien vorerst durch anderweitige, z. B. macerirende oder kaustische Applicationen beseitigt worden waren, und noch lange Zeit hindurch fortsetzen. Dann aber erst war es von Nutzen, die geschilderte Behandlung mit Tannoformpoudre für längere Zeit zu etabliren, und es gelang mir so, manche Patienten ihrer gewohnten Thätigkeit auf die Dauer wiederzugeben. Gerade gegenwärtig zeigte sich mir wieder der Erfolg dieses Verfahrens an einer Patientin mit hartnäckigem, jahrelang bestehenden Ekzema intertriginosum sub mammis, die darunter schon seit vier Monaten ohne jedes Recidiv blieb.

Gegen eine grössere Anzahl (12) Fälle impetiginöser, bezw. pustulöser Ekzeme der Gesichts- oder Schenkelhaut bewährte sich am besten nach Ablauf und Beseitigung der ersten entzündlichen Erscheinungen mittels eisgekühlter Resorcinumschläge die 10%ige Tannoform-Lanolin-Vaselinsalbe als Salbenverband. Diesem Letzteren konnte ich in allen Fällen schon nach wenigen Tagen das bequemer zu applicirende 25%ige Tannoformpflaster folgen lassen.

Bei nässenden Ekzemformen that mir die Tannoformsalbe, ab und zu auch wieder das Streupulver, recht gute Dienste. Die Secretion nahm darunter regelmässig bald ab, so dass meist bald zu anderer Art von Therapie geschritten werden konnte. Hier allerdings musste der Tannoformpoudregebrauch auch öfters als zu reizend befunden und durch ganz indifferente Therapie, z. B. einfache Amylumpuderungen, Kältewirkung etc. ersetzt werden.

Bei den übrigen, mehr trockenen schuppenden Formen des chronischen Ekzems am Stamme, den Extremitäten, einschliesslich der arteficiellen und Gewerbeekzeme der Finger, bewährten sich mir, allerdings oft in Abwechslung mit anderen Massnahmen, Zinkpasten, Theersalben, Kali- oder Sublimatätzungen und mit wechselndem Erfolge das bereits öfter genannte Tannoformpflaster. Ich kann Ehrmann nur beipflichten, wenn er die Zweckmässigkeit der Tannoformsalben bei den Fingerekzemen der Gewerbetreibenden hervorgehoben hat, halte aber die Pflasterbehandlung für noch bequemer und oft ebenso wirksam.

In zahlreichen Fällen von Ekzema chronicum mit localer Hyperkeratose (Schwielenbildung) so speciell bei zahlreichen Fällen von Gewerbeekzemen, sah ich schöne Erfolge von längerem, alleinigen Gebrauche des (5%) Salicylsäure enthaltenden Tannoformpflasters. Wie bei allen Mitteln der Ekzembehandlung hängt hier der Erfolg auch von der subjectiven Hautempfindlichkeit des betreffenden Individuums ab. Bei einem Falle von hartnäckigem Scrotalekzem aus letzter Zeit bildet das letztangeführte Präparat das einzige Mittel, welches Nutzen schuf und dabei reizlos vertragen wurde.

Einigemale habe ich das Tannoformpflaster auch zum Schutze der Umgebung eiternder Wunden und Fisteln recht zweckmässig nutzbar machen können. Wiederholt konnte ich ferner die Erfahrung machen, dass das einfache Tannoformpflaster von der

gesunden Haut besser vertragen wird, als das salicylhältige Tannoform- oder überhaupt salicylhältige Pflaster, weshalb ich es auch mitunter als einfaches Heftpflaster benütze.

Wie bei jeder Pflasterbedeckung empfiehlt es sich jedoch, an nässenden und stark transpirirenden Hautregionen dasselbe mindestens einmal täglich, nach Bedarf auch öfters zu wechseln; an trockenen, wenig transpirirenden Hautstellen, wie Handrücken, Oberarm, Thorax etc., konnte ich oft genug bemerken, dass selbst bei drei-, vier-, selbst fünftägigem Aufliegenlassen, was bei der starken Klebekraft des Collaetinum Tannoformii leicht durchführbar ist, nicht die Spur einer Reizwirkung auf der Haut sichtlich war. Es spricht diese Thatsache an und für sich am deutlichsten für die völlige Reizlosigkeit des Tannoformpflasters, welches sich schon aus diesem Grunde als indifferentes Deckmittel für gesunde Haut, sowie als adstringirende und anämisirende Bedeckung für eine grosse Anzahl feuchter wie trockener ekzematöser Hautveränderungen empfiehlt.

Bei mykotischen Ekzemen ziehe ich auf Grund gemachter günstiger Erfahrungen, dort wo Pflasterbehandlung überhaupt am Platze ist, das salicylhältige Tannoformpflaster im Beginne jeder Behandlung, insbesondere bei Kindern, anderen Applicationen vor, und schreite nur bei den hartnäckigeren Formen zu energischerer Therapie. Ein vereinzelt gebliebenes, aber ebenfalls günstiges Ergebniss bei ausgebreitetem chronischen Unterschenkelekzem fordert dazu auf, auch hier weitere Versuche zu machen.

Einzelne Fälle von seborrhoischen Ekzemen der Kopf- und Gesichtshaut und der Brustregion besserten sich unter dem Gebrauche einer in den Handel gebrachten Tannoformseife. Solange dieselbe in den hiesigen Apotheken nicht zu erhalten war, benützte ich hier anfänglich auch mit gutem Erfolge regelmässige Seifenwaschungen mit nachheriger Tannoformsalbenbedeckung. Von einer gründlichen Heilung in den betreffenden Fällen war beim seborrhoischen Ekzem jedoch meistens ebensowenig zu bemerken, als wie von anderen Mitteln.

Von anderen pathologischen Veränderungen der Haut, bei denen ich das Tannoform in einer der aus obiger Tabelle, respective, ersichtlich gemachten Anwendungsweisen zu verordnen Gelegenheit hatte und dabei zufriedenstellende Resultate gewann, erwähne ich Fälle von Erythema multiforme, Erosiones ad genitale (vorzüglich unter Anwendung von Streupulver oder

Pflaster), Urticaria (Streupulver), Acne vulgaris und Sycosis vulgaris, ferner Herpes zoster (Salbe und Streupulver) und Perniones. Theils konnte ich bei diesen Processen eine Verminderung der subjectiven Symptome, z. B. des Juckens bei Urticaria, theils der objectiven Erscheinungen Hyperämie, Infiltration (Perniones, Acne, Sycosis), Letzteres besonders nach Pflasterbehandlung constatiren. Ueberflüssig hervorzuheben, dass hier die starke Compression des gut klebenden Pflasters an sich sehr viel, vielleicht das Meiste bewirkt hat. Immer aber ist dann die Reizlosigkeit des Präparates gegenüber anderen Pflastern von Vortheil.

Besonders hervorgehoben zu werden verdient die Einwirkung des Tannoformtalkpuders zur Verhinderung der Recidive bei den oft so überaus hartnäckigen und immer wiederkehrenden spitzen Warzen **(venerischen Papillomen).**

Folgende Krankengeschichten mögen deshalb hier Erwähnung finden: Ein 38jähriger Bäckermeister litt seit zwei Jahren continuirlich an venerischen Papillomen der Eichelfurche, sowie an der Glans penis. Mit einem neuerlichen, soundsovielten Recidiv dieser Erkrankung in Gestalt multipler, stellenweise flächenhaft ausgebreiteter Warzenbildungen, kommt der Patient zu Beginn des Jahres 1897 in meine Behandlung. Trotz wiederholter gründlicher Ausschabungen und Kauterisationen mittels des Ferrum candens kommt es auch weiterhin noch zu Recidiven. Mit Rücksicht auf bei älteren Individuen schon beobachtete derartige Fälle, besorgte ich hier sogar schliesslichen Ausgang in maligne Epitheliombildung. Die Recidiven sistirten jedoch plötzlich, u. zw. erst dann, als ich einer nochmaligen gründlichen Exstirpation aller Wucherungen intensive Tannoformpuderbehandlung nachfolgen liess, dagegen alle übrigen mehr reizenden Wundstreumittel beseitigte. Patient ist bis heute, durch mehr als ein Jahr, ohne Recidiv geblieben.

Ein zweiter Fall betraf einen 23jährigen Mediciner, den mir sein schwer geängstigter Vater, ein sehr erfahrener Arzt, zur Behandlung überwiesen hatte. Hier war ebenfalls zwei Jahre lang, und unter der Behandlung fast sämmtlicher Specialisten der Stadt, Recidiv auf Recidiv gefolgt. Ich exstirpirte im Sommer 1898 gründlich, was bereits öfter geschehen war, alle zur Zeit vorhandenen Papillome und verordnete zur Nachbehandlung Tannoformpuder. Schon nach vier Wochen neue Recidive. Als der Kranke wieder

erschien, bat ich ihn um sein Tannoformpräparat. Siehe da, es war kein Tannoform, sondern ein Gemenge von Dermatol mit Talk. Ich exstirpirte wieder und überwachte die Nachbehandlung mit Tannoform. Bis heute ist keine Recidive eingetreten.

Solche Fälle habe ich nun bereits mehrere beobachtet, so dass ich mich berechtigt fühle, darauf ganz besonders aufmerksam zu machen.

Gut therapeutisch verwerthbar scheint mir ferner die regelmässige Injection der oben angegebenen Tannoformparaffinemulsion, insbesondere bei solchen Fällen von Balanoposthitis zu sein, wo die Schmerzhaftigkeit oder die entzündliche Vorhautverengung das Einführen pulverförmiger Körper schwer möglich machte. Ich sah in einigen Fällen auffallend rasches — schon nach 1—2 Tagen und 4—6 Injectionen von je 8·0—10·0 der Emulsion — ein Nachlassen der Eiterung und Schwellung.

In Fällen ohne Phimose thut erfahrungsgemäss eine einfache Waschung und Bepuderung der entzündeten Partien von Tannoformtalkpoudre mehreremale täglich ebenfalls rasche und sichere Wirkung.

Die früher erwähnte Tannoformemulsion verwendete ich ferner bei mehreren u. zw. nicht unbeträchtlichen Verbrennungen (Erytheme mit Blasenbildungen). Auch hier sah ich vom Tannoformgebrauche gute Wirkung, u. zw. sowohl was die Linderung des Schmerzes betrifft, als auch späterhin während der Periode beginnender Ueberhäutung. Diese schien mir nämlich unter Tannoformgebrauch rascher vor sich zu gehen, als unter indifferenter oder Jodoformbehandlung. Nur in einem der drei Fälle musste ich wegen stärkerer reactiver Entzündungserscheinungen eine Zeit hindurch zum allbewährten Linimentum calcis zurückkehren.

Den Schluss der Behandlung bildete mit Erfolg in allen drei Fällen die Anwendung des Tannoformpflasters. Seither habe ich nun noch mehrere Fälle ausgebreiteter Combustionen, Verbrühungen mit heissem Wasser, dann solche mit überhitztem Wasserdampf bei arbeitenden Menschen, dann eine Verbrennung der Fingerspitzen durch Anfassen heissen Eisens, fast ausschliesslich nur durch Einwicklungen mit Tannoformpflaster geheilt. Darunter sich bildende Brandblasen werden einfach geöffnet, grössere abgetragen. Sehr werthvoll erscheint mir hier die oft beobachtete Schmerzlosigkeit unmittelbar nach der Pflasterapplication. Die

Sache ist jedenfalls werth, weiter geprüft zu werden, da die Pflasterbedeckung überdies geruchlos, einfach und bequem ist.

Wenig Nutzen sah ich vom Tannoformgebrauche bei tieferen ulcerösen Erscheinungen, z. B. dem Ulcus venereum, Ulcus cruris, ferner ulcerirten syphilitischen Papeln oder Sklerosen. Trotz der Empfehlungen durch einzelne Aerzte muss ich hier von dem Gebrauche des Tannoforms, wenigstens als Streupulver, eher abrathen. Letzteres verklebt nämlich sehr innig mit dem Wundsecret und bedingt so, wie ich es öfter zu erfahren Gelegenheit hatte, Eiterretention und deren Folgeerscheinungen, Drüsenschwellungen, Lymphangoitis etc.

Einer dem Tannoform als solchem anhaftenden unliebsamen Eigenschaft, die Wäsche — jedoch lange nicht so intensiv als andere Tanninpräparate oder Verbindungen — gelbbraun zu färben, hat man neuerer Zeit, wie schon Hesse mittheilt, in wirksamer Weise dadurch zu begegnen gelernt, dass man die betreffenden Wäschestücke vor dem Auswaschen, u. zw. ohne deren Schaden, mit einer concentrirten Lösung von leicht löslichem Ammoniumpersulfat befeuchtet.

Literatur.

[1]) J. v. Mering, American medical Surg. Bulletin 1896.

[2]) De Buck und de Moor, Ueber Tannoform und einige seiner therapeutischen Anwendungsformen. Therap. Wochenschr. Nr. 43, 1896.

[3]) M. Eberson, Ueber den therapeutischen Werth des Tannoforms. Aerztl. Central-Anz. Nr. 26, 1897.

[4]) J. Braun, Ueber die Behandlung der Diarrhöe mit Tannoform. Therap. Wochenschr. Nr. 46, 1897.

[5]) J. Munk, Ueber den therapeutischen Werth einiger Ersatzmittel für Jodoform mit specieller Berücksichtigung des Tannoform. Aerztl. Central-Anz. Nr. 35, 1897.

[6]) C. Sziklaj. Therap. Wochenschr. Nr. 41, 1897.

[7]) A. Dworetzky, Das Tannoform als Antidiarrhoicum. St. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 35, 1898.

[8]) F. Kapper, Ueber Tannoform und dessen Anwendung. Aerztl. Central-Anz. Nr. 6, 1898.

[9]) J. Landau, Das Tannoform in der Kinderpraxis. Klin.-therap. Wochenschr. Nr. 40, 1898.

[10]) D. Monti und P. Dragoni, Sulle diverse applicazioni terapeutiche del tannoformio. Gazzetta medica Lombarda Nr. 35, 1898.

[11]) A. Fasano, Il Tannoformio nella odierna terapia. Estratto dall'Archivio Internazionale di Medicinae e Chirurgia Fascicolo VII, 1898.

[12]) A. Hoff, Das Tannoform und seine therapeutische Anwendung. Aerztl. Central-Anz. Nr. 24, 1897.

[13]) E. W. Trank, Therapeutische Mittheilungen über Tannoform. Unna's Monatsh. XXIII, 1896.

[14]) L. Hesse, Ueber moderne Schweissmittel. Apoth.-Ztg. Nr. 54, 1898, und L. Hesse, Die äusserliche Anwendung des Tannoforms. Wien. med. Bl. Nr. 19, 1898.

[15]) S. Ehrmann, Das Tannoform in der Dermatotherapie. Wien. med. Bl. Nr. 46, 1898.

Beiträge zur Heilung der durch Nasenkrankheiten bedingten Augenaffectionen.

Von Dr. H. Halász in H.-M.-Vásárhely.

Die Rhinologie, deren Bedeutung heute nicht mehr zu bezweifeln ist, entspricht den an sie geknüpften Erwartungen in eclatanter Weise. Die intensive Forschung auf diesem Gebiete, Experimente, physiologische, anatomische und histologische Untersuchungen räumten dem bis jetzt noch ziemlich vernachlässigten Zweige der medicinischen Wissenschaft einen gebührenden Platz ein und als Effect dieser Bemühungen entstanden Resultate, die beweisen, dass Grund und Ursache sehr vieler bis jetzt kaum gekannter, daher vergebens behandelter Affectionen in der Erkrankung der Nasenhöhle zu suchen sind.

Aus einzelnen bekannten Mittheilungen wissen wir (Gerber u. s. w.), in welch nahem Verhältnisse die Erkrankungen der Nase zum Respirationsapparat stehen, als dessen schützendes Organ sie betrachtet werden kann; es ist bekannt, dass bei Behinderung der nasalen Athmung — beim Athmen durch den Mund — katarrhalische Erkrankungen sich entwickeln können an den Schleimhäuten des Larynx, der Trachea, an den Bronchien und sogar an den Lungen, theils durch directes Uebergreifen der entzündeten Nasenschleimhaut auf die oben erwähnten Schleimhäute, theils durch das inficirende Nasensecret, welches — hauptsächlich in der Rückenlage während des Schlafens — in die oberen Luftwege eindringt.

Aus dem Verhältnisse der Nasenhöhle zu dem Verdauungstracte lässt sich der oft beobachtete Rachenkatarrh als directe Fortsetzung des Nasenhöhlenkatarrhs erklären oder infolge der behinderten nasalen Athmung hervorgreifen, indem die von verschiedenen Stoffen verunreinigte Luft auf die Rachenschleimhaut schädigend einwirkt; daher das so häufige Vorkommen von Angina und Tonsillitis bei durch den Mund Athmenden. In der Nasenchirurgie

erfahren wir es oft, in welch innigem Verhältnisse die Nasenhöhle zum Rachen steht, denn nach Operationen in der Nase — hauptsächlich bei Anwendung des Galvanokauters — entsteht Angina lacunaris.

Die nahe Beziehung der Nase zu den Zähnen ist aus der Anatomie genügend bekannt, dem Nasenchirurgen bietet sich auch oft Gelegenheit, nach Operationen aus den folgenden Zahnschmerzen den nahen Nexus beider Organe zu constatiren.

Dass Erkrankungen der Nasenhöhle sehr oft das Gehörorgan beeinflussen, ist eine ebenfalls allbekannte Thatsache; ein gewöhnlicher Schnupfen ruft Ohrensausen, erschwertes Hören hervor, unbeachtet diejenigen Fälle, in welchen zu einem Schnupfen eine acute Otitis sich mit ihren schweren Consequenzen gesellt.

Was die Beziehung der Nasenhöhle zum Gehirne anbelangt, ist es bekannt (nach Gerber), dass die Nebenhöhlen, hauptsächlich der mit der Nasenhöhle communicirende Sinus frontalis, sehr grosse Gefahren bergen für die Integrität des Gehirns infolge der von der Nasenhöhle sich fortpflanzenden phlegmonösen und eitrigen Entzündung.

Aus den Beziehungen der Nasenhöhle zum Nervensystem kennen wir die verschiedenen Anomalien des Riechvermögens, (Hyposmie, Anosmie, Allotriosmie) sowie ferner die perversen Empfindungen der Nase (Hyperästhesie, Parästhesie, Hypästhesie).

Auch die Blutcirculation wird von der Nase aus in eminenter Weise beeinflusst; ganz entfernt gelegene Reize, als die Abkühlung oder die Durchfeuchtung der Haut, die Reizung der Sexualorgane verursachen eine starke Füllung, eine Schwellung der erectilen Substanz der unteren Nasenmuschel; hieher gehört auch das Erythem der Nase, welches infolge Verstopfung der Nase und infolge der Behinderung des Abflusses des venösen Blutes der Nasenvenen entsteht.

Die Beziehungen der Nase zum Genitalapparate sind ausnahmslos als Reflexerscheinungen zu betrachten (Gerber, Schmidt), die hauptsächlich als Circulationsstörungen sich manifestiren. Es wurde der Schwellung der Nasenmuscheln bei Reizung der Genitalien schon erwähnt; während der Dauer der Menstruation schwillt bei manchen Frauen die Nasenspitze an, bekommt eine röthliche Farbe und die bekannte Acne rosacea ist ein Aergerniss vieler gebärmutterleidender Frauen.

Ich erwähne absichtlich in letzter Reihe die nahen Be-

ziehungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen zum Auge, da meine mitzutheilenden Fälle, sowie auch meine diesbezüglichen weiteren Bemerkungen in diesen Rahmen gehören. Die Augenaffectionen sind es gerade, die häufiger zur Beobachtung und zur Behandlung kommen, d. h. die Nasenaffectionen bedingen relativ sehr häufig Augenkrankheiten und auch das entspricht vollkommen den anatomischen Verhältnissen. Die unmittelbare Nachbarschaft der Orbitalhöhle zur Nasenhöhle und deren Nebenhöhlen; die directe Einmündung des Thränen-Nasencanals in den unteren Nasengang, die Continuität der Schleimhäute beider Organe, der Ursprung der Arteria ethmoidalis aus der Ophthalmica, die Einmündung der Venen der Nasen- und ihrer Nebenhöhlen in die Vena ophthalmica, zum Theil gemeinschaftliche sensible Nerven beider Organe — sind Umstände, die genügende Erklärung geben für den nahen Nexus beider Organe, sowohl in physiologischer als pathologischer Beziehung.

Ziem war es, der sich als Erster mit den gemeinschaftlichen Affectionen der Nase und des Auges eingehend befasste und die Wichtigkeit derselben wiederholt betonte.

Welches sind die Affectionen, die nasalen Ursprung haben? (Gerber, Ziem.)

1. Die Erkrankungen der Thränenwege: Thränenfluss und Katarrh des Ductus naso-lacrymalis kann sich entwickeln, wenn aus gewissen Gründen die Ableitung der Thränen behindert oder vollkommen aufgehoben ist, welcher Zustand entsteht: durch Atresie des nasalen Endes des Ductus naso-lacrymalis, durch Compression von Nasenpolypen, durch die geschwellte Schleimhaut, durch Fremdkörper oder durch Compression von Nasensteinen, ferner infolge von Compression durch verschiedenartige Geschwülste, in manchen Fällen durch adenoide Vegetationen oder bei anderweitigem Verschluss der Choanen.

2. Die entzündlichen Affectionen der Conjunctiva sind sehr oft die Folgen einer Rhinitis, wie das Förster, Bresgen bewiesen; nach Ziem soll sogar das Trachom durch Nasenhöhleneiterung unterhalten werden.

3. Die meisten Ophthalmologen sind darüber einig, dass die Keratitis phlyctaenulosa ausnahmslos Folge einer Scrophulose der Nasenschleimhaut ist und Ziem behauptet entschieden, dass es ohne primäre Eiterung der Nase und ihrer Nebenhöhlen kein corneales Geschwür gibt.

4. Hauptsächlich durch Stauungshyperämie gesellt sich zu Nasenaffectionen eine ganze Reihe von Erkrankungen des Uvealtractus hinzu, nach Ziem auch Asthenopien, Einengungen des Sehfeldes, glaukomatöse Symptome, Skotome u. s. w., die bis heutzutage nach Ziem als Reflexneurosen aufgefasst wurden. Aus dem Gesagten ist der günstige Einfluss von mässigen Blutentziehungen in der Nase bei Hyperämie der Uvea, bei mit Verstopfungen einhergehenden Nasenaffectionen, bei Schwäche der Accommodation und Asthenopie leicht ersichtlich. Desgleichen das Druckgefühl im Auge; eine manchmal hochgradige Einschränkung des Sehfeldes bei Erkrankungen der Nase, des Oberkiefers und des Sinus frontalis; die durch den Hallerischen Gefässkranz vermittelte Circulationsstörung im Nervus opticus und in der Retina, das Skotom bei Affectionen der Nasen- und Frontalhöhle, die Heilung der Mydriasis nach Entfernung von Nasenpolypen, die nach Galvanokauterisation auftretenden Sehstörungen und die Pulsation an der Papille des Nervus opticus; das nach längerer Cocaïnisirung der Nasenschleimhaut — bei Vorhandensein einer Hyperämie der Corona ciliaris — auftretende Glaucoma, das Auftreten von Glaucoma bei eitrigen Erkrankungen der Nasen- und Kieferhöhle; die Heilung des Glaucoma, nicht infolge ausgeführter Iridektomie, sondern nur durch Entfernung der die Nasenhöhle obturirenden Polypen. Diese Heilungen werden einfach durch Beseitigung der Stauung erklärt.

Ziem und Kuhnt fanden einen causalen Zusammenhang zwischen Katarakten und eitrigen Processen der Nasen- und Kieferhöhle.

Mit den Beziehungen der Nebenhöhlen zum Sehorgan befasste sich auch Kuhnt eingehend. Seiner Meinung nach können secundäre Erkrankungen des Sehorgans und der Orbita auf rein mechanischem Wege entstehen, z. B. Verlagerung des Augapfels, oder motorische und functionelle Störungen des Bulbus, ferner Behinderung des Abflusses der Thränen durch die aus den Nebenhöhlen sich fortpflanzenden entzündlichen Processe, in welchem Falle eine Phlegmone der Lider und der Orbita auftritt, jedoch auch Conjunctiva, Cornea, Retina und Sehnerv in den Bereich der Erkrankung einbezogen werden können. Er beobachtete häufig Hyperämie an der Papille, in einem Falle sogar auch Netzhautablösung. Auch rein functionelle Störungen entstehen am Auge bei Erkrankungen der Nasen- und Kieferhöhlen, wie die

schon erwähnten Einengungen des Sehfeldes, eventuell in Verbindung mit Herabsetzung des centralen Sehvermögens, ferner musculäre Asthenopie und die Unfähigkeit einer ausdauernden Accommodation.

Moore bezeichnet als charakteristisch für die der Nase entstammenden Augenaffectionen folgende Symptome:

1. Brennendes Gefühl in den Augenlidern, hauptsächlich früh beim Erwachen.

2. Schwieriges Erkennen und Unterscheiden der Gegenstände beim gewöhnlichen Tageslichte.

3. Eine an der Luft sich manifestirende Injection der Conjunctiva und Thränenfluss.

4. Die Erfolglosigkeit jeder auf das Auge gerichteten Therapie. Dagegen

5. Erfolge bei Behandlung der Nasenhöhle.

Scheich, Kieselbach und Wieden behaupten, dass der Thränenfluss in den meisten Fällen durch Nasenaffectionen unterhalten wird.

Lieven erwähnt vier durch ihn geheilte Fälle, in welchen die Epiphora, in einem Falle die ciliare Neurosis infolge von Rhinitis hyperplastica ausgelöst und unterhalten wurde.

Schreinitz, Bronner, Wieden und Tetau erwähnen den häufigen Zusammenhang der Conjunctivitiden mit Nasenaffectionen; Letzterer behauptet, dass die Behandlung der Nase umso erfolgreicher wird, je mehr sich die Affection bloss auf den bulbären Theil der Conjunctiva beschränkt, und dass die Behandlung der Nase bedeutungsloser wird, sobald die Affection auf die Cornea übergreift.

Batut, Augagneur, Wieden und Bronner erwähnen, dass Fälle von Conjunctivitis und Keratitis phlyctaenulosa in der Regel ihren Ursprung in der Nase finden; Bronner hält sogar auch die Conjunctivitis granulosa als Folge einer Nasenaffection.

Trouseau sah bei Behandlung der Nase Blepharospasmus, auf die Gegend des Auges sich beschränkende Migraine und Mydriasis in Heilung übergehen.

Bernstein konnte in zwei Fällen von Asthenopie, in welchen der lichtbrechende Fehler ohne Erfolg corrigirt wurde, anhaltende Besserung durch Heilung der hypertrophischen Nasenmuscheln erreichen.

Kibbe sah Kopfschmerzen, Asthenopie und Lähmung des

Rectus externus durch Atrophisirung einer mittleren Nasenmuschel in Heilung übergehen.

Fränkel, Hacker und Mouschold heilten eine durch Rhinitis hyperplastica bedingte Basedow-Erkrankung mit Exophthalmus durch Beseitigung der Hyperplasie.

Hopman beobachtete einen Fall von Morbus Basedowii mit Exophthalmus, bei welchem eine Rhinopharyngitis sicca mit vielen Krustenbildungen zugegen war und wo mit der Heilung der nasopharyngealen Affection der Morbus Basedowii sammt dem Exophthalmus verschwand. Die letzterwähnten Autoren erklären diese Heilwirkungen aus dem Zusammenhange, in welchem die Nerven der Nasenhöhle mit dem Ganglion ciliare und rhinicum sich befinden, wodurch eine Wechselwirkung entstehen kann zwischen den sensiblen und sympathischen Nervenfasern der Nasenhöhle und des Auges. — Die Reizung der sensiblen Nerven der Nasenhöhle beeinflusst den intraoculären Druck. Durch Reizung des Trigeminus wächst der intraoculäre Druck.

Ziem, der die Hypothese, die sich auf den Zusammenhang der Nasen- und Augenaffectionen bezieht, aufstellte und sich dadurch grosse Verdienste erworben, behauptet, dass die Herstellung der Nasenathmung, die Herstellung der normalen Circulation in der Nasenhöhle und deren Umgebung den Hauptfactor zur Heilung von Augenaffectionen bildet und bekräftet diese Behauptung durch Aufzählung von mehreren schweren Nasenhöhlenstricturen und damit zusammenhängenden ernsten Augenerkrankungen, die von Iritis und anderweitigen Circulationsstörungen begleitet waren.

Winkler referirt über 164 Untersuchungen von augenkranken Kindern und betont, dass in Fällen von scrophulösen Augenerkrankungen die oberen Luftwege stets genau untersucht und entsprechend behandelt werden sollen.

Die Erfahrung lehrt, dass man, seit die Nasenerkrankungen der an scrophulösen Augenaffectionen leidenden Kinder gründlich behandelt werden, Recidiven seltener antrifft und die therapeutischen Erfolge sich auch günstiger stellen.

Was die Therapie der die Augenkrankheiten bedingenden Nasenaffectionen betrifft, ist Winkler der Meinung, dass bei denjenigen Kranken, deren Augenaffection einen sofortigen therapeutischen Eingriff erfordert, wie z. B. Ulcus corneae, Hypopion u. s. w. — wo die geringste Drucksteigerung im Innern des

Auges Schaden anstiften könnte — jedwede energische Nasenbehandlung zu vermeiden wäre und bloss auf Ausspülungen der Nasenhöhle mit Kochsalzwasser oder Borwasser sich beschränken müsse. Nur nach dem Verschwinden der gefahrdrohenden Symptome ist die energische Nasenbehandlung am Platze. Ist jedoch der Zustand des Auges ein derartiger, dass er die locale Nasenbehandlung gestattet, so wird die Letztere — hauptsächlich bei Stricturen — noch vor der Augenbehandlung energisch in Angriff genommen.

Winkler und Ziem verpönen bei diesen Behandlungen die Galvanokausis — trotz der vielen Anpreisung, welche der galvanokaustischen Behandlung zu Theil wurde, denn nach ihnen soll durch das Brennen zu der schon bestehenden passiven Hyperämie noch eine active hinzukommen, wodurch die Nasenhöhle noch mehr obturirt, auf reflectorischem Wege Thränenfluss, Injection der Conjunctiven und Oedeme der Augenlidhaut entstehen und die Augenaffection dadurch nur ungünstiger beeinflusst wird. Infolge dessen empfiehlt er ein Verfahren, nach welchem bei Stenose der Nasenhöhle, bedingt durch Hypertrophie der Rachentonsillen, die hypertrophirte Tonsille zu entfernen sei, und in den meisten Fällen verschwindet auch der hypertrophische Zustand der Nasenmuscheln — durch Freiwerden der pharyngealen Blutcirculation — sowie auch die pathologische Secretion der Muscheln. Führt dieses nicht zum Ziele, so versucht er ein milderes Verfahren zur Heilung der Hypertrophie der Tonsillen. Dann heilt auch die Augenaffection von selbst. Jedoch in vielen Fällen ist die Entfernung der Tonsillen ohne Resultat und die Hypertrophie der Nasenmuscheln wird dadurch nicht beseitigt, hauptsächlich in Fällen von papillomatöser Wucherung der unteren Nasenmuschel, in welchem Falle er dann verschieden grosse Stücke vom knöchernen Theile der Muschel zu entfernen bemüssigt war. Auch Hoffmann verfolgte dieses Verfahren und erzielte durch dasselbe ausgezeichnete Resultate bei Behandlung der Augenaffectionen. Ich habe zwar keinen Grund, an den therapeutischen Erfolgen von Winkler und Hoffmann zu zweifeln, jedoch sowohl von den bisher beschriebenen Fällen, als auch von den 19 Fällen eigener Beobachtung — die alle in Heilung übergingen — kann ich es behaupten, dass die Galvanokausis bei der grössten Mehrzahl dieser Fälle angewendet, vom vollkommensten Erfolge gekrönt war, ohne dass ich nach unmittelbarer Anwendung derselben eine Verschlimme-

rung der Augenaffection oder eventuell eine Recidive beobachtet hätte. Theoretisch scheint es plausibel zu sein, dass die durch Nasenverstopfung, Nasenhöhlenstrictur bedingte und auf Circulationsstörungen basirende Augenaffection durch die von der Galvanokausis verursachte active Hyperämie ungünstig beeinflusst wird, jedoch ob dem in praxi so ist, muss durch weitere exacte Beobachtungen entschieden werden; meine bisherigen Erfahrungen widersprechen dem.

Die Heilung aller mit Erkrankungen der Nasenhöhle und ihrer Nebenhöhlen im Zusammenhange stehenden Augenaffectionen wird wesentlich erleichtert durch die Erkenntniss der physiologischen und pathologischen Verhältnisse beider Organe, und diese lehren, dass ein grosser Theil der Augenerkrankungen ausschliesslich nur durch Behandlung der Nasenhöhle und ihrer Adnexe geheilt werden könne.

Ich möchte einige hieher gehörige Fälle eigener Beobachtung (Gesammtzahl beträgt 19) mittheilen, deren Heilerfolge es den Augenärzten zur Pflicht machen sollten, sich mit der Rhinoskopie intensiver zu beschäftigen und dieselbe, wo es am Platze, zur Heilung von gewissen Augenerkrankungen zu verwerthen.

I. K. S., 13jähriges Mädchen; seit zwei Jahren unaufhörliches Blinzeln — ausgenommen während des Schlafens — in solchem Masse, dass das Mädchen im Lesen und im Lernen behindert ist; ihre Augen ermüden leicht während des Lesens, besonders beim Lampenlicht; Conjunctiven injicirt; die unteren Nasenmuscheln beider Nasenhöhlen stark hypertrophirt; die Nasenhöhle oft verstopft. Nach galvanokaustischer Behandlung beider Nasenmuscheln hörte das Blinzeln auf und erschien seit zwei Jahren nicht mehr; kann nun ohne Ermüden beim Lampenlichte lesen, Conjunctiven normal.

II. Frau Sch. A., 35 Jahre alt. Lidränder beider Augen entzündet, geröthet, ihr Sehvermögen seit Jahren geschwächt; beim Lichte kann sie nur $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde lesen; ist auch im Handarbeiten behindert wegen der starken stechenden Schmerzen und profusem Thränenfluss; ein Augenglas brachte nur für einige Wochen Erleichterung, dann stellte sich der frühere Zustand wieder ein. Die rechte untere Nasenmuschel ist stark prominent, lässt keine Luft durch; die linke untere Muschel ist abgeflacht und berührt unmittelbar das Septum. Nach Resection des prominenten Theiles der rechten unteren Muschel, sowie nach galvanokaustischer Behandlung der linken, verschwand jede sich auf das Auge beziehende Klage; Sehvermögen gut; Röthung der Augenlider verschwunden; verspürt in den Augen keine Ermüdung, auch während anstrengenden Lesens nicht.

III. P. E., 22 Jahre alt. Seit 7 Jahren geschwächtes Sehvermögen, Augen thränen leicht; an der rechten Cornea Ulcus von Erbsengrösse,

welches auf Behandlung heilt, nach einigen Monaten jedoch recidivirt. In beiden Nasenhöhlen grosse Schleimpolypen, hypertrophirte untere Muscheln. Nach Entfernung der Polypen und Atrophisirung (Zerstörung) des erectilen Muschelgewebes heilt die Augenaffection, sowie auch das Ulcus; seit 1½ Jahren kein Recidiv.

IV. Sch. G., 12jähriger Schüler: Augen thränen, sobald er nur ½ Stunde liest. Augenlider geröthet, gedunsen; leidet oft an Schnupfen, während der Dauer desselben ist sein Sehvermögen geschwächt; thränt leicht. Untere Nasenmuscheln stark hypertrophirt, am Septum rechterseits stark prominirende Christa. Nach Entfernung der Christa, sowie nach Zerstörung der hypertrophirten Muscheln verschwanden alle Augenbeschwerden.

V. Sch. K., 27 Jahre alt, aus Szegedin. Aus dem rechten Auge entleert sich bei Druck im Augenwinkel Eiter, Lidränder gedunsen, entzündet; Sehvermögen rechts seit einigen Jahren intensiv geschwächt. Rechte Nasenhälfte verstopft, rechte Zygomaticusgegend manchmal gedunsen, durch längere Zeit starke lanzinirende Gesichtsschmerzen, die jeder Behandlung trotzen. Aus der rechten Nasenhöhle entleert sich ein eitriges Secret; daselbst sind einige Polypen sichtbar, stark hypertrophirte untere und mittlere Nasenmuschel, ferner besteht ein Empyem der Sinus maxillaris. Nach entsprechender Nasenbehandlung verschwand die Eiterung aus dem Augenwinkel, sowie auch die der Nasenhöhle; Sehvermögen wurde normal, die Lidränder blassten ab.

VI. H. J., aus Békés, 13 Jahre alt. Consultirte mich wegen oft wiederkehrender Rachenschmerzen, seine Nase ist oft verstopft, auch die Augen sind krank, Früh verkleben die Lider, Abends beim Lesen fühlt er stechende Schmerzen in denselben. Lidränder entzündlich verdickt, untere Nasenmuscheln stark hypertrophirt, obere und untere Mundlippe gedunsen; lymphatischer Gesichtsausdruck, hypertrophirte Tonsillen, adenoide Vegetationen, Halslymphdrüsen fühlbar. Nach entsprechendem operativen Verfahren heilte die Augenaffection vollständig.

VII. K. J., aus B.-Gyula, 43 Jahre alt. Seit acht Jahren beide Nasenhälften verstopft, athmet bloss durch den Mund; seit drei Jahren unerträgliche Kopfschmerzen; am rechten Auge geschwächtes Sehvermögen. Thränenfluss beim Lesen. Der Kopfschmerz wird von den consultirenden Aerzten auf das Nasenleiden zurückgeführt. — In beiden Nasenhöhlen grosse Schleimpolypen; Deviation und Crista septi lat. dextri; untere und mittlere Muschel rechts stark hypertrophirt, links die untere Muschel nur mittleren Grades hypertrophirt. Das rechte Auge ist auf Druck empfindlich, Tension des Bulbus hoch; angeblich prognosticirte ein befragter Augenarzt eine bevorstehende Erblindung wegen sich entwickelnden Glaukoms, wenn nicht Iridektomie gemacht würde. Der Kranke wandte sich an mich und nach entsprechendem operativen Verfahren — mittels welchem die Deviation des Septums behoben wurde — schwanden die Kopfschmerzen vollkommen, die Tension des Bulbus wurde geringer und im Verlaufe von acht Wochen konnte der Patient als geheilt entlassen werden.

Aehnlich den hier geschilderten Fällen sind meine anderen 19 beobachteten Fälle, deren nähere Beschreibung ich für unnöthig betrachte, da aus den sieben kurz geschilderten Fällen zur Genüge ersichtlich ist, dass die nahe anatomische Beziehung zwischen Nasenhöhle und Auge, die innige Zusammengehörigkeit beider Organe es bedingen, dass thatsächlich eine grosse Anzahl von, von Nasenhöhlenerkrankungen abhängender Augenaffectionen, durch entsprechendes rhinologisches Einschreiten radical heilbar sind, wo man früher den Zusammenhang dieser Organe kaum ahnte und durch mannigfachste Behandlungen keine Resultate erzielen konnte.

Die Rhinologie hat den Weg gezeigt, wie Augenerkrankungen mit Nasenaffectionen in Contact stehen und die im hiesigen Elisabeth-Augenspitale begonnenen therapeutischen Versuche bei oben genannten combinirten Nasen-Augenaffectionen werden künftig sicherlich einen nützlichen Beitrag zur Klärung der Sachlage liefern.

REFERATE.

Interne Medicin.

Zur Behandlung der Gallensteinkrankheit. Von C. Gerhardt.

Man kennt eine Reihe von Einflüssen, welche die Bildung von Gallensteinen begünstigen, so sitzende Lebensweise, Mangel an Körperbewegung, einschnürende Kleidungsstücke in der Lebergegend, träge Verdauung. In solchen Einflüssen sieht man (neben dem vorausgegangener Schwangerschaften) die Ursache der auffälligen Häufigkeit dieses Leidens beim weiblichen Geschlechte. Hieraus ergeben sich Handhaben für die Behandlung. Viel Körperbewegung, namentlich körperliche Arbeiten, Beseitigung einschnürender Kleidungsstücke, Sorge für regelmässige Entleerungen werden anzurathen sein. Verdünnung der Absonderungen des Körpers durch reichlichen Wassergenuss.

Was die Nahrungsmittel anlangt, so hat Vf. mehrfach beobachtet, dass in Pfründe- und Pflegeanstalten, in welchen vorwiegend Pflanzen-, namentlich Kartoffelnahrung gegeben wird, Gallensteine auffallend häufig vorkommen. Die Ursachen mögen mittelbare sein, wie stärkere Anfüllung des Dickdarmes, trägere Verdauung. Wo nicht gerade Gicht mit im Spiele ist, dürfte vorwiegend Fleischnahrung anzurathen sein. Ob das Karlsbader Wasser ausser durch Bethätigung der Verdauung und reichlichere Flüssigkeitsaufnahme auch noch durch besonderen Ein-

fluss auf den vermutheten steinbildenden Katarrh nütze, mag dahingestellt bleiben. Einzelne Kranke ertragen dieses Wasser nicht gut, bei einzelnen wird es mit der Zeit weniger wirksam, bei anderen versagt es. In manchen dieser Fälle erwies sich die Karlsquelle von Mergentheim nützlich, gewöhnlich zu $^1/_4$ l Früh getrunken. Namentlich wo in mehrjährigen öfteren Karlsbader Curen eine Art von Angewöhnung und Abstumpfung stattgehabt hatte, war bei einigen Mergentheim von sichtlichem Erfolge. (Diese Quelle enthält im Liter 2·26 Magnesium-, 4·19 Natriumsulfat, 11·8 Chlornatrium, 1·37 Calciumcarbonat, 792 cm^3 Kohlensäure, also fast die doppelte Menge Glaubersalz, die elffache Kochsalz wie Karlsbad.)

Von Blum wurde als gallentreibendes Mittel ölsaures Natrium empfohlen, das in fertigen Pillen unter dem Namen Eunatrol in den Handel kommt; es wird von manchen Kranken wegen rascher Linderung ihrer Gallensteinbeschwerden gerne genommen. Namentlich wo öftere kurz dauernde Schmerzanfälle erfolgen, scheint es von Werth zu sein. — (Therap. d. Gegenw. Nr. 2, 1899.)

Ueber Heroinwirkung. Von Dr. B. Turnauer. (Aus der med. Abtheilung des Primarius Pal im allgem. Krankenhause in Wien.)

Vf. hat das Heroin bei 48 Patienten der Abtheilung (hauptsächlich Phthisiker, acute und chronische Bronchitiden, letztere besonders bei Emphysematikern, dann Dyspnoën jeder Art) angewendet. Es wurde in Pulverform, u. zw. 0·005 mit Saccharum verabfolgt, in der Regel dreimal täglich die einfache Dosis, die nur manchmal am Abend verdoppelt wurde. Auch in Form von Tropfen: 0·05 : 15·0 Aqu. laurocerasi, 15—20 Tropfen einmal, höchstens zweimal im Laufe der Nacht. In einigen Fällen subcutane Injectionen einer 1%igen Lösung, 3—4 Theilstriche der gewöhnlichen Pravaz'schen Spritze. Die Lösung wurde durch Zusatz einiger Tropfen Essigsäure bewirkt.

Das Mittel beginnt nach ungefähr 10—30 Minuten zu wirken. Die Wirkung äussert sich in einer Herabsetzung des Hustenreizes, der nach kurzer Zeit meist vollständig schwindet, dann stellt sich Mattigkeit und oft Schlafsucht ein, die unter Umständen zum Schlafe führt. Dieser günstige Zustand dauert meist über zwei Stunden an. In allen Fällen, wo Athemnoth durch den Hustenreiz hervorgerufen wird oder mit demselben Hand in Hand geht, ferner dort, wo die Athemnoth durch eine mangelhafte

Lungenventilation hervorgerufen wird, wie bei fortgeschrittenen Phthisen und Emphysem, wird auch die subjective Dyspnoë bedeutend verringert. In Bezug auf Dyspnoën bei incompensirten Herzstörungen sind die Erfahrungen gering, da die Patienten theils aus eigener Erfahrung, theils an Mitpatienten die günstigen Wirkungen des Oxykamphers kannten und stets bei eintretender Athemnoth nach diesem Mittel verlangten, da sich das Heroin in dieser Beziehung nicht so wirksam gezeigt hatte.

Bei der subcutanen Application des Mittels tritt die Wirkung rascher ein. Die Injectionen wurden nur in der Nacht zwischen 10 und 12 Uhr gemacht, und immer trat nach kurzer Zeit wohlthuender Schlaf ein, der mehrere Stunden ungestört anhielt. Eine Angewöhnung an das Mittel, insoferne die Dosen erhöht oder vermehrt werden müssen, hat Vf. fast in allen Fällen beobachtet, in welchen das Mittel längere Zeit gereicht werden musste, doch konnte Vf. bis jetzt keine nachtheiligen Folgen beobachten, besonders nie irgendwelche Abstinenzerscheinungen. Allgemein zeigte sich jedoch, dass in den Fällen, in welchen einige Zeit ausgesetzt worden war, mit kleineren Dosen wieder die volle Wirkung erzielt werden konnte. Uebelkeiten waren zweimal nach dem Genuss von Heroin, welche beidemale mit dem Aussetzen desselben schwanden. In dem einen Falle trat keine Wiederholung auf, trotzdem das Mittel in grösseren Dosen gereicht wurde. Der andere Patient verweigerte dann die Annahme von Heroin.

Bei einer älteren Dame, die an schwerer Arteriosklerose leidet (Beobachtung von Prim. Pal), trat nach 0·005 Heroin ein rauschartiger Zustand mit leichten Collapserscheinungen ein. Diese Symptome stellten sich wieder ein, nachdem man der Patientin nach 24 Stunden dieselbe Dosis reichte. Es empfiehlt sich bei schwächlichen und älteren Individuen bei der ersten Darreichung über die Dosis 0·005 nicht hinauszugehen. — (Wien. med. Presse, Nr. 12, 1899.)

Ueber Phlebitis und Thrombose in klinischer Beziehung. Von Doc. Dr. Julius Mannaberg.

Vf. bespricht die Umstände, unter welchen Thrombosen zur Beobachtung kommen und betont insbesondere das häufige Vorkommen der Thrombose bei Chlorose. Venenthrombosen sind viel häufiger als allgemein geglaubt wird. Es gibt Fälle von Thrombose, die vollkommen symptomlos verlaufen. Dies ist namentlich der Fall bei wandständigen, das Gefäss nicht völlig verschliessenden

Thromben, ferner bei Thromben in solchen Gefässen, deren Verschluss keine Stauung zur Folge haben muss. Das häufigste und wichtigste Symptom ist der Schmerz, der auf Druck zuzunehmen pflegt. Das zweite wichtige Symptom der Thrombose ist die Stauung in ihren verschiedenen Manifestationen. Ein weiteres werthvolles Symptom ist die Palpation der thrombosirten Vene. Man fühlt an Stelle des weichen Gefässrohres einen prallen, unelastischen Strang. Hat die Thrombose zur Phlebitis und Periphlebitis geführt, so ist die Haut über dem Strange geröthet, eventuell mit demselben verlöthet. Die Entwicklung der Thrombose pflegt in der Regel mit Fieber einherzugehen, doch gibt es zahlreiche Ausnahmen von dieser Regel. Die regionären Lymphdrüsen sind nicht geschwellt. Blutungen gehören bei Thrombosen der peripheren Venen zu den Seltenheiten, während sie bei Arterienverstopfung kaum je vermisst werden. Nur bei Sinusthrombose scheinen Blutungen in die Gehirnsubstanz zur Regel zu gehören. Gangrän ist als die Folge einer einfachen Venenthrombose mit Bestimmtheit niemals nachgewiesen worden.

Die Therapie der Thrombose hat folgende Indicationen zum Ziele: Verschleppung des Thrombus zu verhüten, den Schmerz zu bekämpfen, die Organisation des Thrombus und Entwicklung des Collateralkreislaufes zu fördern, endlich neue Thrombosirungen hintanzuhalten. Die wichtigste Indication ist die erstgenannte, Um ihr zu genügen, muss die frisch thrombosirte Extremität absolut ruhiggestellt werden, der Kranke muss das Bett hüten. Die kranke Extremität wird etwas erhöht gelagert. Palpation der thrombosirten Stelle, Frictionen, Einreibungen sind zu unterlassen. Vielleicht könnte durch locale Herabsetzung des Blutdruckes (durch Compression der Arterie) die vis a tergo und damit die Verschleppungsgefahr vermindert werden. Unter solchen Umständen wird jedoch die Neigung zur Thrombenbildung gefördert und die Entwicklung des Collateralkreislaufes verzögert. Gegen den Schmerz empfehlen sich Eisumschläge und locale Blutentziehung (Blutegel); Wärme wird meistens nicht vertragen. Im Nothfalle Morphiuminjection.

Die Organisation des Thrombus und die Förderung des Collateralkreislaufes sind Indicationen, zu deren Erfüllung wir kaum etwas hinzuthun können. Zweckmässige Ernährung, Alcoholica tragen etwas zu diesen Zwecken bei.

Die Verhinderung neuerlicher Thrombenbildungen wird je

nach den Verschiedenheiten der Aetiologie in den verschiedenen Fällen einen anderen Inhalt haben. Bei Circulationsstörungen wird eine Hebung des Blutdrucks, bei hydrämischen Zuständen Verbesserung der Blutmischung, bei infectiösen Formen eine Sterilisirung des Organismus, bezw. seine Befreiung von Toxinen u. s. w. anzustreben sein. Bei der chlorotischen Thrombose spielt die Eisentherapie eine äusserst wichtige prophylaktische Rolle.

Sind seit dem Entstehen des Thrombus vier Wochen verlaufen und deuten keine Erscheinungen auf weitere Entwicklung von Thromben, dann kann man den Kranken aufstehen und die Extremität gebrauchen lassen. In diesem Stadium wird vielleicht durch Massage Verbesserung des Collateralkreislaufes erzielt werden können. Immerhin vermeide man aber bei der Massage den thrombosirten Venenstrang. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 10—12, 1899.)

Ueber Behandlung des Gelenkrheumatismus mit Methylium salicylicum. Von Dr. E. Schmoll.

Lannois und Linossier haben zuerst die äusserliche Application des Salicylsäuremethylester gegen Gelenkrheumatismus empfohlen. Vf. hat das Mittel in circa 20 Fällen angewendet und damit die gleichen Erfolge erzielt, wie sonst mit den Salicylsäurepräparaten. Auf Grundlage seiner Beobachtungen und derjenigen anderer Autoren hebt er Folgendes hervor: Kurze Zeit nach Auftragung des Mittels ist Salicylsäure im Urin nachzuweisen; ebenso findet sie sich in den Fäces in deutlich nachzuweisender Menge. Der Procentsatz der im Urin ausgeschiedenen Salicylsäure schwankt je nach der aufgetragenen Dosis im Allgemeinen so, dass, je höher die Dosis, desto höher auch die procentualische Ausscheidung steigt. So z. B. werden bei einer Dosis von 1 g nur 10%, bei 2 g circa 20%, bei 4—5 g circa 35—40% im Urin ausgeschieden. Die Form, in welcher der Ester ausgeschieden wird, ist das salicylsaure Natron. Durch einen Versuch, bei welchem nur die Dämpfe des Esters auf die Haut wirken konnten und bei welchem eine Resorption durch die Lunge ausgeschlossen war, traten dennoch bemerkenswerthe Mengen von Salicylsäure im Urin auf. Es war also bewiesen, dass der Salicylsäuremethylester in Dampfform von der Haut resorbirt wird.

Die Dosis ist je nach der Grösse des Gelenks verschieden; für kleinere Gelenke verwendet Vf. 2·5—3 g, für grössere circa

5 g; höhere Dosen anzuwenden hat keinen Sinn, da man so dieselben Wirkungen erreicht wie mit grösseren. Siredey und Lemoine haben Dosen bis zu 24 g gegeben. Die Zeit, welche bis zum Eintreten einer deutlichen Wirkung verläuft, beträgt, ähnlich wie bei der Salicylsäure, 5—6 Stunden, doch trat in einem Falle die Wirkung schon nach 1½ Stunden auf. Linossier und Lannois berichten von einer Frau, bei welcher sich die Wirkung erst nach 18 Stunden bemerkbar machte. Im Allgemeinen ist die Erleichterung am ausgesprochensten zwischen 6—10 Stunden nach der Application; während dieser Zeit findet sich auch das Maximum der Ausscheidung im Urin. Nebenwirkungen sind bisher nur äusserst selten beobachtet worden; Intoxicationen bisher noch nie. Reizerscheinungen von Seiten der Haut fehlen fast immer; nur zuweilen wird kurze Zeit über ein brennendes Gefühl geklagt. In zwei Fällen trat eine lamellöse Loslösung der Haut auf. Störungen der Magen- und Darmthätigkeit fehlen vollständig; Ohrensausen war nur in einem Falle.

Die Form, in welcher das Methylsalicylat anzuwenden ist, ist durch Versuche festgestellt worden, in welchen bei gleicher Dosis und verschiedener Applicationsweise die Menge der im Urin ausgeschiedenen Salicylsäure bestimmt wurde. Es hat sich herausgestellt, dass der Salbenform die einfache Auftragung vorzuziehen sei, nur ist bei diesem Modus darauf zu achten, dass eine hermetische Abschliessung der betreffenden Stelle durch Guttapercha stattfindet.

Indicirt ist der Salicylsäuremethylester bei jeder rheumatischen Affection, in welcher sonst die Salicylsäure gegeben wird: Gelenkrheumatismus, Lumbago, rheumatischen Muskelschmerzen, Ischias, Migräne etc. Da er eine leicht anästhesirende Wirkung besitzt, ist er auch gegen periphere Schmerzen, Pleuritis etc. angewandt worden, ebenso gegen Chorea. Vf. hat nur Misserfolge gesehen. Contraindicirt ist das Methylsalicylat in den ersten Tagen eines acuten Gelenkrheumatismus, da die Application auf die schmerzhaften Gelenke mit zu grossen Schwierigkeiten verknüpft ist. Vf. führt die Behandlung mit dem Ester nur dann durch, wenn die innerliche Anwendung der Salicylsäure auf unüberwindliche Schwierigkeiten stösst. Er hält das Methylium salicylicum als das „Médicament de choix“ in den Fällen von subacutem und chronischem Gelenkrheumatismus. — (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. Nr. 3, 1899.)

Beitrag zur Kenntniss der Antipyrinintoxication. Von Dr. Gaston Graul. (Aus der medic. Klinik in Würzburg.)

Vf. hat die Intoxication mit Antipyrin an sich selbst erlebt. Im Laufe der letzten drei Jahre hat sich bei ihm eine vordem nicht vorhandene Idiosynkrasie gegen Antipyrin herausgebildet, die eine steigende Intensität zeigt. Die Einnahme von Migränin in gebräuchlicher Dosis von 1·1 verursachte bei vollkommenem Wohlbefinden eine leichte Angina, Blasenbildung am harten Gaumen. Auf der Zungenmitte zeigte sich ferner ein livider, glatter, glänzender, etwa pfenniggrosser Fleck, der von einem scharfen rothen Saum umzogen war. (Migränin ist eine Mischung von 1·0 Antipyrin, 0·09 Coffëin und Citronensäure.) Die Efflorescenzen an Zunge und Gaumen waren bei Berührung äusserst schmerzhaft. Irgend ein anderes bekannteres Symptom einer Antipyrinvergiftung war nicht zu bemerken. Es fehlte jedes Exanthem am Körper oder an den Extremitäten. Nach 3—4 Tagen gingen die Erscheinungen unter localer Behandlung mit Argentum nitricum-Lösung zurück.

Eine zweite Intoxication zeigte einen stürmischeren Verlauf. Nach Einnahme von 1·1 Migränin trat bald plötzlich ein heftiges, anhaltendes Niesen auf. Im Laufe des Nachmittags Trockenheit des Mundes, zu gleicher Zeit stellte sich leichte Angina ein, zunehmende schmerzhafte Röthung der Endglieder der Finger beider Hände, mit leichtem Oedem verbunden. Am Abend desselben Tages trat Schüttelfrost und Fieber auf, beschleunigte Herzaction und das Gefühl der Brustbeklemmung, das während der Nacht anhielt. Während des folgenden Tages erfolgte eine zwei Tage lang andauernde continuirliche Salivation. Die Lippen schwollen stark an, die Zunge zeigte einen dicken, weisslichen Belag, und wiederum erschien der umschriebene livide, scharf umrandete Fleck fast an derselben Stelle. Am harten Gaumen, beiderseits von der Mittellinie, entstanden zwei prallgefüllte Blasen von etwa Pfenniggrösse. Das Kauen war äusserst schmerzhaft, so dass Vf. nur flüssige Nahrung zu sich nehmen konnte. Die juckende entzündliche Schwellung der Finger dauerte an. Am Abend des zweiten Krankheitstages bemerkte Vf. an der Innenseite beider unteren Extremitäten bis über Kniehöhe, besonders an den Unterschenkeln, ein fleckiges, polymorphes, nicht juckendes Erythem, das auf Fingerdruck nur schwer verschwand. Im Laufe des nächsten Tages gesellte sich zu den noch weiter

bestehenden Symptomen ein Ekzema madidans an der Rückseite des Scrotums hinzu, sowie ein ganz geringes Oedem des Präputiums. Vom vierten Krankheitstage an, wo Temperatur, Puls und Respiration zur Norm definitiv zurückkehrten, liess allmälig der Speichelfluss nach, die Membran der Blasen am harten Gaumen löste sich, und unter Reinigung der Zungenoberfläche verkleinerte sich der livide Fleck auf der Zunge. Die Urinsecretion, die bis dahin angehalten war, stellte sich wieder in normaler Weise ein. Bis zum völligen Verschwinden des Ekzema scroti und des Hauterythems dauerte es noch einige Tage; auch die Schmerzhaftigkeit der Fingerendglieder machte sich noch die nächsten Tage geltend, es verging eine Woche, bis eine vollständige Sanation erfolgte. Nach dieser Zeit trat eine ganz geringe Abschilferung der Haut an den vorher befallenen Fingerendgliedern ein. Besondere Störung von Seiten des Magens und des Darmes war nicht vorhanden.

Als Vf. später wieder Migränin nahm, traten dieselben Erscheinungen auf. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3, 1899.)

Zur Behandlung katarrhalischer Dickdarmgeschwüre. Von Dr. A. Richter.

Die günstigen Erfolge, welche bei der Behandlung der Magengeschwüre durch directe Application der Medicamente bei leerem Zustande des Organes auf die Geschwürsfläche erzielt werden, veranlassten Vf., diese Behandlungsmethode auch auf die Dickdarmgeschwüre anzuwenden. Soll die locale Application eines Adstringens durch die Enteroklyse ihre volle Wirkung auf die Darmwand und somit auch auf die Geschwüre ausüben, so ist es Regel, einer solchen Enteroklyse jedesmal einen lauwarmen Einlauf zwecks Befreiung der Darmwand von den Fäces vorauszuschicken. Ebenso hält es Vf. bei der Darreichung der Adstringentia per os für durchaus nothwendig, wenn man schnellere und bessere Erfolge erzielen will, die Geschwürsfläche durch Reinigung dem Adstringens zugänglich zu machen. Es gibt zwei Wege, auf denen man eine hinreichende Eliminirung der Darmcontenta erreichen und die adstringirende Wirkung der per os gereichten Mittel unterstützen kann.

Innerhalb 9—11 Stunden bringt die motorische Function des Magens und des Dünndarms den Chymus aus ihrem Bereiche heraus und man kann annehmen, dass die Nahrungsüberreste eines Tages am folgenden Morgen zum grössten Theile im Dick-

darm abgelagert sind. Liess Vf. am frühen Morgen in die verhältnissmässig leeren oberen Verdauungswege das Adstringens per os einnehmen, gleichzeitig den Dickdarm von allen Ueberresten durch Einläufe reinigen, mit der Einnahme des ersten Frühstücks aber eine Zeit lang warten, so liess sich eine schnellere und sicherere Besserung und Heilung constatiren, die nicht eintrat, wenn genannte Massregeln ausser Acht gelassen wurden. Wesentlich scheint hiebei die Verschiebung des ersten Frühstücks zu sein, damit das genommene Adstringens nicht zu sehr mit Chymus gemischt wird, wodurch es, in dem leeren Dickdarm angelangt, von seiner Wirkung einbüssen würde. Vf. behandelte verschiedene Pat., die monatelang hartnäckig jeglicher Therapie getrotzt hatten, und die Krankheitssymptome liessen bald derartig nach, dass die restitutio in einigen Wochen eintrat. Als Mittel wurde Tannalbin, Bismuthum subnitricum, meistens eine Heidelbeerabkochung verordnet. Bei diesem Verfahren müssen auch die übrigen therapeutischen Hilfsmittel, besonders die diätetischen, berücksichtigt werden und alle Nahrungsmittel, welche die kranke Darmschleimhaut mechanisch, chemisch oder thermisch reizen können, sind streng zu vermeiden und schleimige mehlige Suppen, Eichelcacao, Chocolate, starker Thee und Rothwein besonders in den Diätzettel aufzunehmen.

Ebenso kann auch Abends, jedoch eine Zeit lang vor dem Abendessen, das Mittel bei gleichzeitiger Dickdarmreinigung gegeben werden, obgleich zu dieser Zeit oberhalb der Bauhin'schen Klappe grössere Chymusmassen sich befinden und eine Wirksamkeit des Mittels in dem Masse wie am Morgen nicht erwartet werden darf. Will man gleichzeitig den Dünndarm, besonders bei Verdacht der Miterkrankung, möglichst leeren, so empfiehlt sich der zweite Weg, ein Aperiens per os zu reichen (Ricinusöl) und dann nach erfolgter Defäcation eventuell noch eine Spülung des Dickdarms vorzunehmen. In den seltenen Fällen, in denen der Dünndarm allein Sitz der Erkrankung ist, kann nur dieser zweite Weg in Betracht kommen, da die Mastdarmeinläufe kaum über das Cöcum hinaus vordringen. Eine gründliche Säuberung des Dickdarmes vermittelst Spülungen ist aber immer in denjenigen Fällen geboten, in denen alte klebrige oder trockene Kothreste der Darmwand fest anhaften und in ihrer Mitte eine Oeffnung für den nachfolgenden Stuhl freilassen. Nicht selten etabliren sich unter solchen wandständigen Fäces geschwürige, katarrhalische

Processe, die dadurch hartnäckige Diarrhöen unterhalten, dass durch sie ein Reiz auf die Nerven der Darmwand ausgeübt wird, welcher die Peristaltik vermehrt, wodurch der oberhalb der festen Massen stagnirende Stuhl zum Theil dünnbreiig entleert wird, während in Wirklichkeit Obstipation besteht. Wird in solchen Fällen die Spülung unterlassen, so sind adstringirende Einläufe, sowie per os gereichte Mittel in ihrer Wirksamkeit sehr beeinträchtigt oder gar vollends wirkungslos.

Diese Behandlungsmethode ist ebenfalls bei einfachen, nicht mit Geschwüren complicirten Dünn- und Dickdarmkatarrhen von Vortheil, u. zw. besonders bei denen, die nicht gleichzeitig mit Atonie und hartnäckiger Obstipation einhergehen, die Wirkung ist eine noch schnellere, da der Heilungsprocess nicht so lange Zeit in Anspruch nimmt, wie in den complicirten Fällen. Auch hier ist auf die Verschiebung des ersten Frühstücks, sowie des Abendbrotes das Hauptaugenmerk zu richten. — (Therap. Monatsh. Nr. 3, 1899.)

Die Behandlung der Perityphlitis. Von R. Renvers.

Die Aufgabe des Arztes bei der Behandlung eines acut auftretenden perityphlitischen Anfalles muss darin bestehen, möglichst den Entzündungsherd zu localisiren. Die erste Bedingung ist deshalb, den meist vor Schmerzen jammernden und durch Neigung zum Erbrechen gequälten Patienten zur Ruhe zu bringen. Eine Morphiuminjection von 1 bis 2 cg leitet die Behandlung ein. Ist der Patient in bequemer, leicht erhöhter Rückenlage gebettet, so wird eine feuchtwarme Compresse auf den schmerzhaften Leib gelegt und diese je nach der eintretenden peristaltischen Unruhe öfter erneuert. Im Anfange der Entzündung ist zuweilen eine nicht zu schwere Eisblase schmerzstillender, wie heisse Kataplasmen. Sobald die Morphiumwirkung verschwindet und die Schmerzen sich wieder bemerkbar machen, ist die Anwendung kleiner Opiumdosen in Zäpfchenform oder als Injection in den Darm, etwa dreistündlich 20 Tropfen Tinct. opii spl. angebracht. In den ersten 24 Stunden ist die Enthaltung von jeder Nahrung, um Erbrechen vorzubeugen, zweckmässig, was umso leichter ausführbar ist, als der Appetit fehlt und ein Nahrungsbedürfniss auch nicht vorhanden ist. Um den Durst zu stillen, gibt man kleine Eispillen und theelöffelweise gekühltes reines Wasser. Jede innere Medication vom Magen aus wird am besten unterlassen. Ist es auf diese Weise gelungen, den Patienten

die ersten 24 Stunden zur Ruhe zu bringen, so empfiehlt es sich, den Opiumgebrauch zu vermeiden, um Einblick in den Zustand der entzündlichen Vorgänge im Leibe zu erhalten. In vielen Fällen hat sich in dieser Zeit bereits der Process localisirt, in anderen bestehen noch Tage lang allgemeine peritonitische Reizungen, deren Symptome durch Kataplasmen und Opiate zu bekämpfen sind. Die Nahrung soll, so lange entzündliche Vorgänge spielen, eine flüssige sein, am besten nur aus Milch- und Kraftsuppen bestehen, und stets nur in zweistündigen Zwischenräumen in der Quantität von höchstens 50 cm^3 gegeben werden. Während der Nachtstunden soll nach Bedarf nur reines Wasser zum Trinken gereicht, und Alcoholica vermieden werden. Nehmen bei dieser Behandlung die allgemeinen peritonitischen Erscheinungen unter Steigerung der Pulsfrequenz zu, tritt eine nachweisbare Exsudatbildung in der freien Bauchhöhle ein, so wird unter günstigen äusseren Bedingungen, und ein hinreichender Kräftezustand vorausgesetzt, der operative Versuch der Entfernung des Eiters aus der Bauchhöhle durch Incision gerechtfertigt sein.

Hat sich der Entzündungsprocess localisirt auf die Blinddarmgegend, woselbst durch Palpation meist schon nach 24 Stunden eine deutliche Resistenz fühlbar wird, so wartet man auch unter den günstigsten Verhältnissen in der Klinik zunächst so lange unter derselben Behandlung ab, bis jeder Reiz des Peritoneums in der Umgebung des Exsudats verschwunden ist. Gelingt es dann nach Ablauf der ersten Tage, die anatomische Diagnose eines den Bauchdecken anliegenden Abscesses zu stellen, so wird der Arzt eine einfache Eröffnung des Abscesses vornehmen. Der Specialist mag dabei den Wurmfortsatz, falls er leicht zu erreichen ist, entfernen. Bildet sich das Exsudat oder die fühlbare Resistenz innerhalb der ersten fünf Tage unter Nachlass des Fiebers und Besserung des Allgemeinbefindens zurück, so hat der Arzt keine Veranlassung, einen Eingriff vorzunehmen. Die Möglichkeit einer Spontanheilung ist vorhanden, und die Dauer der Heilung wird den Arzt am besten darüber belehren, inwieweit die Heilung eine vollständige gewesen ist. Eine schonende diätetische Behandlung des Darmes unter Zuhilfenahme der Karlsbader, Marienbader oder Homburger Wässer ist angezeigt. Tritt trotz dieser Behandlung ein Recidiv des Anfalles ein, so ist mit grosser Wahrscheinlichkeit die Annahme einer chro-

nischen Wurmfortsatzerkrankung gerechtfertigt, die trotz aller Massnahmen nur selten spontan ausheilt. Tritt im Verlauf des Recidivs eine fühlbare Abscessbildung ein, so würde die Incision nothwendig sein; klingt der Anfall langsam ab, so ist die Entfernung des Wurmfortsatzes in der intervallären Zeit am zweckmässigsten durch einen Chirurgen anzustreben. — (Ther. d. Gegenw. Nr. 3, 1899.)

Chirurgie.

Zur operativen Behandlung des reponiblen Mastdarmvorfalles.

Von Dr. C. Francke.

Beim habituellen Rectalprolaps ist pathologisch-anatomisch eine Lockerung, abnorme Schlaffheit und Auszerrung des periprostalen Bindegewebes, welches das Rectum gegen das Kreuz- und Steissbein fixirt, und des Mesorectums gegeben. Zweitens kommt dann eine Erschlaffung und Dehnung der Beckenbodenmusculatur und der Sphinkteren hinzu. Endlich ist das Rectum selbst weit, schlaff und in die Länge gezogen.

Die Resection verzichtet von vornherein darauf, normale oder annähernd normale Verhältnisse herzustellen. Sie opfert einfach Theile, die an sich nicht krank, sondern nur dislocirt sind. Das Verfahren ist trotz moderner Technik durchaus nicht ungefährlich, es werden aber selbstverständlich die irreponiblen, verwachsenen und incarcerirten Vorfälle stets die unbestrittene Domäne der Resection bleiben.

Das Verfahren von Thiersch hat den Vorzug der Einfachheit und Ungefährlichkeit. Es besteht in der subcutanen Durchführung eines Silberdrahtes rings um die Afteröffnung, Zuschnürung desselben, bis der After in der gewünschten Weise verengt ist, und Versenkung des Drahtes. Die Wirkung soll einmal eine rein mechanische sein, indem die Mastdarmhäute am Vorfalle gehindert werden, und anderseits soll der im Gewebe liegende Drahtring eine Proliferation des periprostalen Bindegewebes hervorrufen, das durch Schrumpfung eine feste Verbindung zwischen Mastdarm und Nachbarschaft herstellen soll. Indessen dürfte der T.'sche Ring höchstens bei Kindern den beabsichtigten Zweck erreichen lassen.

Den pathologisch-anatomischen Forderungen wird am ehesten die durch Gérard-Marchant modificirte Rectopexie nach Verneuil gerecht. Sie ermöglicht, den nach unten dis-

locirten Mastdarm in seine normale Stellung zurückzubringen und denselben durch Annähen an die hintere Beckenwand sicher zu fixiren. Zu diesem Ende wird die hintere Rectalwand durch einen $1^1/_2$ cm von der Afteröffnung beginnenden und dicht oberhalb der Steiss-Kreuzbein-Verbindung endigenden Schnitt möglichst breit freigelegt. Nun werden, während der Prolaps durch einen Assistenten reponirt gehalten wird, durch die hintere Rectalwand jederseits schräg von unten nach oben einige Nähte durchgeführt, welche einerseits die Serosa und Muscularis des Rectums in möglichst grosser Ausdehnung fassen, anderseits durch das Steissbein hindurchgeführt werden. Das Letztere muss bei Erwachsenen zuvor natürlich durchbohrt werden. Durch festes Zuschnüren der Nähte wird die Darmwand gerafft und nach oben gegen den Knochen gezogen und dort fixirt. Darauf vollständige Hautnaht mit Versenkung der Tiefennähte.

Die Indication zur Rectopexie findet in der Grösse des Prolapses eine gewisse Grenze. Der Vorfall darf bei Kindern eine Länge von 8—10 cm, bei Erwachsenen von 10—12 cm nicht überschreiten, da die anatomischen Verhältnisse eine höher hinaufreichende Befestigung nicht zulassen. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 51, H. 1 u. 2.)

Ueber functionelle Ergebnisse nach Operationen am Magen bei gutartigen Erkrankungen. Von Dr. W. Kausch.

Die Erfolge sind im Allgemeinen sehr befriedigende. Die Hyperacidität geht nach der Operation zurück, der Magen verkleinert sich wieder, und die motorische Function wird wieder normal. Die Erfolge sind aber je nach der gewählten Operation nicht vollständig übereinstimmend. So pflegt die motorische Function nach Pyloroplastik rascher zur Norm zurückzukehren, als nach Gastroenterostomie. Bei dieser Letzteren wird sie schliesslich meist gegenüber der Norm beschleunigt; zuweilen ist anfangs Stauung und Erbrechen vorhanden. Die Verkleinerung des Magens pflegt nach Gastroenterostomie weiter vorzuschreiten als nach Pyloroplastik. Gallenrückfluss findet nach letzterer Operation nicht statt, bei ersterer aber in allen Fällen, besonders nach der Gastroenterostomia anterior. Oft erreicht der Gallenrückfluss hohe Grade.

Die Indicationen, welche bestimmen, einerseits zur Gastroenterostomie, anderseits zur Pyloroplastik zu schreiten, sind die folgenden:

Die Gastroenterostomie ist angezeigt:

1. bei fixirtem oder abgeknicktem Pylorus;

2. bei Tumor oder einer Beschaffenheit des Pylorus infolge von Narbe, Infiltration, Ulcus, welche Zweifel setzt in die Zuverlässigkeit der Naht oder in die genügende dauernde Weite des neuen Pylorus bei Pyloroplastik;

3. zur Beseitigung von Motilitätsstörung, falls am Pylorus keine Erklärung für dieselbe zu finden ist, dieselbe demnach als primäre atonische angesehen werden muss.

In allen anderen Fällen gibt der Vf. der Pyloroplastik den Vorzug, speciell stets

1. bei Contractionszuständen und Hypertrophien des Pylorus,

2. bei nicht circulärem Ulcus oder Narbe in oder nahe am nicht fixirten Pylorus,

3. bei Ulcus, welches sonst irgendwo im Magen sitzt.

Was die Indicationen zur Operation gutartiger Magenkrankheiten überhaupt betrifft, so fügt K. der Aufstellung von Mikulicz, welche sich nur auf die Indicationen beim Ulcus ventriculi bezieht, Folgendes hinzu:

Jede mechanische Insufficienz schwereren Grades, bei der eine Stenose des Pylorus angenommen werden muss, gehört dem Chirurgen.

Jede atonische mechanische Insufficienz zweiten Grades, bei welcher es durch kürzer oder länger dauernde interne Therapie nicht gelingt, Heilung, oder derselben nahe kommende Besserung, mit oder ohne Fortdauer der Therapie, zu erzielen, sollte operirt werden. Es wird in solchen Fällen sehr von der Geduld des Patienten und von den äusseren Verhältnissen abhängen, ob und wann man operiren soll.

Andersartige gutartige Magenaffectionen, speciell Neurosen, sind im Allgemeinen zur chirurgischen Behandlung nicht geeignet; jedenfalls sollte in ihnen die Indication zum operativen Eingriff nur mit grosser Vorsicht gestellt werden. — (Mitth. a. d. Grenzgeb. Bd. 4, H. 3.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Der Kolpeurynter, seine Geschichte und Anwendung in der Geburtshilfe. Von Dr. Rudolf Biermer.

Der Kolpeurynter, intrauterin oder vaginal angewendet, ist ein hervorragendes Hilfsmittel bei Einleitung der künstlichen

Frühgeburt wegen Beckenenge. Wo die Behandlung mit Bougies nicht ausreicht, kommt der Kolpeurynter als weiteres Hilfsmittel in Anwendung, da derselbe, mit oder ohne constanten Zug wirkend, auf rascheste und schonendste Weise die Erweiterung des Muttermundes herbeizuführen und kräftige Wehen auszulösen vermag. Der Kolpeurynter ist also überall da, wo diese Wirkung angestrebt werden soll, anzuwenden.

Die Kolpeuryse ist auch dann zu empfehlen, wenn es sich darum handelt, die Entbindung zu forciren wegen Gefahr für das Leben der Mutter. Der Kolpeurynter eignet sich nicht nur für die Anstaltsbehandlung, sondern auch der praktische Geburtshelfer soll sich dieser so ausgezeichneten Methode bedienen. Den eventuell erwünschten constanten Zug erreicht man am einfachsten, indem man eine halb bis ganz mit Wasser gefüllte Flasche an einem Bande vom Schlauch aus über die Bettkante hängt. Die intrauterine Kolpeuryse ist anzuwenden, sobald der Muttermund genügend weit ist, um das Instrument in den Uterus einführen zu können. Die Erfahrungen des Autors basiren auf 23, auf der Bonner Geburtsklinik beobachteten Fällen. — (Wiesbaden, Bergmann, 1899.) H.

Casuistische Beiträge zur Diagnostik und Therapie der Extrauterinschwangerschaft. Von Dr. Häberlin.

Vf. theilt zehn Beobachtungen aus seiner Praxis mit, Fälle betreffend, wo entweder extrauterine Gravidität bestand oder begründeter Verdacht auf einen solchen Zustand gegeben war. Von diesen kommen sieben Fälle mit erwiesener Extrauterinschwangerschaft in weitere Erwägung, ein Fall wird kurz als Nachtrag erwähnt. Viermal lag Tubarschwangerschaft vor, darunter eine mit theilweise interstitieller Entwicklung; zweimal handelte es sich um tubo-ovariale, einmal um ovariale oder abdominale Schwangerschaft; fünfmal war die linke, zweimal die rechte Seite betroffen; nur eine Frau war 0-para. Nur eine Frau machte über vorhergehende Unterleibserkrankung Angaben. Einmal konnte Verschluss des Tubarlumens durch eine Cyste constatirt werden; sonst waren weder Knickungen noch Verzerrungen der Tuben nachweisbar.

Die beste Therapie besteht in möglichst baldiger Eröffnung der Bauchhöhle, sobald die Diagnose gesichert ist, und starke innere oder erneute äussere Blutungen sich einstellen. Aber selbst bei fehlenden oder ganz unsicheren Schwangerschafts-

zeichen soll man stets an Extrauteringravidität denken, sowohl bei plötzlich auftretenden, heftigen Unterleibsschmerzen und begleitender Anämie, als auch bei unregelmässigen uterinen Blutungen im Vereine mit wiederkehrenden, krampfartigen Schmerzen.

Alle Frauen mit Extrauteringravidität, oder bei denen begründeter Verdacht vorhanden ist, bedürfen der genauesten Ueberwachung, so dass nöthigen Falls die Operation sofort ausgeführt werden könne. Nichttransportable, infolge von Zerreissung des Fruchtsackes, sollen zu Hause operirt werden. — (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. Nr. 4 u. 5, 1899.) H.

Neue Scheidentampons aus 10%iger Ichthyol-Glycerin-Gelatine. Von Dr. Heinrich Pohl.

Die Behandlung von Erosionen, gonorrhoischer Vaginitis und Beckenexsudaten mit Ichthyol hat sich trefflich bewährt. Hiezu ist das Einlegen von Wattetampons das geeignetste Mittel, da mit Ichthyol-Glycerin hergestellte Vaginalkugeln aus Butyrum Cacao oder Gelatine nicht in gleichem Masse wirksam sich erweisen, es geht eben sehr viel Ichthyol dabei durch Abfliessen verloren. Dasselbe gilt auch von den gewöhnlichen Tampons mit Ichthyol-Glycerin, wenn sie von der Patientin ohne Speculum eingeführt werden.

Aus diesem Grunde liess Vf. Vaginaltampons folgender Weise in der Apotheke verfertigen: Aus 4·0 Sublimatwatte (1 : 1000) wird ein ovaler Tampon hergestellt, mit Faden versehen und einigemale in eine warme 10%ige Ichthyol-Glycerin-Gelatinelösung getaucht, bis er walnussgross geworden, dann in einer Metallform gepresst und mit einer ½%ige Salicylsäure enthaltenden Gelatineschichte überzogen.

Solche Tampons kann sich die Frau selbst einlegen, nachdem sie dieselben in warme 1%ige Borsäurelösung getaucht. Der Scheideneingang wird noch mit etwas Watte verlegt zur Schonung der Wäsche. Nach 8—10 Stunden entfernt die Kranke den Tampon durch Zug am Faden. Man kann die Tampons täglich oder jeden zweiten Tag durch eine Woche einführen lassen, dann muss aber 1—2 Tage lang ausgesetzt werden, zumal, wenn sich Kreuzschmerz, Blasenreizung oder unangenehmer Druck auf den Mastdarm bemerkbar machen sollte. (St. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 10, 1899.) H.

Ueber wiederholte Eileiterschwangerschaft. Von Dr. Jos. Weil.

Einen solchen Fall aus seiner Praxis theilt zunächst Vf. mit. Eine 33jährige Frau bestand im Jahre 1897 eine rechtsseitige Tubenschwangerschaft, die im dritten Graviditätsmonate unter schweren Collapserscheinungen, vermuthlich verbunden mit Tubenruptur und intraperitonealer Blutung endete, ohne dass der Fötus durch die Rupturstelle ausgetreten wäre. Die Blutung kam damals zum Stehen, das Blut wurde vollständig resorbirt, es kam zu Anlöthungen der Tuba an die Nachbarschaft, während der Fötus in der Tuba mumificirte.

Nicht ganz ein Jahr später, 1898, trat Tubarschwangerschaft auch in der linken Tuba auf, die am Ende des zweiten Graviditätsmonates unter gleichen Collapserscheinungen durch Tubenruptur mit Austritt des Eies aus der Rupturstelle und starkem Bluterguss in die freie Bauchhöhle endigte. Es wurde die Laparotomie gemacht, grosse Mengen flüssigen Blutes, sowie grössere Blutcoagula entfernt und sodann beide Tubentumoren isolirt und exstirpirt. Der mumificirte Fötus war noch im Tubarsack, während das 3 cm lange unverletzte Eichen der jetzigen Tubarschwangerschaft sammt dem darin enthaltenen Fötus mit dem flüssigen Blute aus dem Bauchraum ausgeschwemmt wurde.

Wie nach der ersten Erkrankung, trat auch diesmal am vierten Tage Ikterus, sowie Bluthamen auf, die Temperatur stieg bis 38·6; nach einigen Tagen schwanden alle diese Erscheinungen, die Frau genas.

In der Literatur fand Vf. 31 ähnliche Fälle von wiederholter Eileiterschwangerschaft. Nach diesen Angaben wäre die Prognose nicht eben ungünstig, wenn eine active Therapie sofort eingeschlagen wird, wie im obigen Falle. Es wäre aber nicht gerechtfertigt, bei Exstirpation einer graviden Tuba auch die nicht gravide der anderen Seite zu entfernen, vorausgesetzt, dass diese keine für Tubarschwangerschaft prädisponirende Veränderung zeigt. — (Prag. med. Wochenschr. Nr. 1—6, 1899.) H.

Ueber die directe Naht der Vesico-uterin-Fisteln nach Abtrennung der Blasenwand. Von Dr. A. Benckiser.

Die heute so hoch ausgebildete Technik lässt die früher häufig geübten verstümmelnden Operationen, als welche die Metro- und Kolpokleisis zu betrachten sind, immer mehr in Vergessenheit gerathen. Man erstrebt jetzt, wo dies überhaupt ausführbar, die directe Schliessung der Fistel durch die Naht.

Die in neuerer Zeit häufig geübte Totalexstirpation, bei welcher die Blasenwand vom Uterus losgelöst wird, hat den Weg gezeigt, der einzuschlagen ist, wenn hochsitzende und sonst schwer zugängliche Fisteln, die sogenannten Blasencervicalfisteln, zugänglich zu machen sind, um sie durch eine sichere Naht zu verschliessen.

Die vom Vf. eingeschlagene Methode besteht darin, dass er wie bei der Totalexstirpation einen halbmondförmigen Schnitt um die Portio führt, so dass derselbe bei gleichzeitig vorhandenem Cervixriss zwischen Letzterem und der Fistel die Mitte innehält. Jetzt wird die Blase vom Cervixstumpfe abgetragen, meist geht man dabei stumpf vor, doch kann auch Messer und Scheere zu Hilfe genommen werden. Man präparirt so weit ab, bis der obere Winkel des Cervixrisses etwa $^3/_4$ cm frei vom Blasendefect abliegt.

Zunächst wird jetzt der Cervixriss in der typischen Weise nach Emmet angefrischt und vernäht. Sobald dies geschehen erscheint die frühere Blasencervicalfistel in eine einfache Blasenscheidefistel umgewandelt. Diese wird nun gleichfalls angefrischt und durch tiefe und oberflächliche Silkwormnähte verschlossen,

Vf. hat die Methode in drei Fällen erprobt,von denen zwei Blasencervicalscheidenfisteln durch geburtshilfliche Operationen entstanden waren, während der dritte Fall als Blasencervix, vielleicht sogar als Blasencorpusfistel zu bezeichnen war, da der innere Muttermund nicht näher bestimmt werden konnte. Im letzteren Falle entstand der Substanzverlust, also die abnorme Communication infolge von Druckgangrän.

Bei allen drei Operationen erfolgte prima reunio. Man hat nur darauf zu achten, dass die Verbindung zwischen Blase und Uterus genügend hoch hinauf getrennt werde. Hiedurch wird nämlich für die Beweglichkeit der Fistel ausserordentlich viel gewonnen. Die Nähte sind, wenn dies möglich, quer anzulegen, damit eine sagittale Nahtlinie resultirt.

Um jede Zerrung der Blasenwände während der Wundheilung zu vermeiden, ist das Einlegen eines Dauerdrains durchaus nothwendig. Man entfernt die Fistelnähte am 10., die Cervixnähte am 14. Tage.

Dort, wo auch trotz aller technischer Vervollkommnung jetzt noch die Hystero- oder Kolpokleisis nicht zu umgehen ist, soll man gleichzeitig die Castration der Kranken vornehmen,

um die sonst unvermeidlichen Menstruationsbeschwerden auszuschalten. — (Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäkol. Bd. 25, H. 2.) H.

Ueber den hinteren Scheidenbauchschnitt. Von Dr. A. Mackenroth.

Vf. theilt 22 Fälle mit, in welchen er obige Operation — durchaus mit vollkommen zufriedenstellendem Erfolge — angewendet hat, um die erkrankten Adnexa des Uterus entweder aus ihren Adhäsionen zu befreien, oder dieselben zu entfernen.

Es handelte sich zum Theil um chronische adhäsive Perimetritis, oder diese in Combination mit Hydrosalpinx, Oophoritis, zum Theil um eitrige Entzündung der Adnexe, um Tubarschwangerschaft, endlich in vier Fällen um Kystome.

Die Coeliotomia vaginalis vom hinteren Scheidengewölbe aus verdient unbedingt den Vorzug vor der Operation vom vorderen Laquear aus. Der Fornix wird in medianer oder querer Richtung eröffnet, zuweilen sind beide Schnitte zweckmässig zu combiniren, wenn grössere Tumoren zu entwickeln sind.

Man eröffnet sofort auch den Douglas'schen Raum und tastet mit den zwei eingeführten Fingern den Uterus und seine Umgebung ab. Es kann auch die Gebärmutter selbst vorgezogen werden. Durch mediane Spaltung ihrer hinteren Wand verschafft man sich die nöthige Zugänglichkeit zu ihrer Höhle.

Vf. gibt nun seine auf vielfache Erfahrung gegründeten Rathschläge, wie man eine Darmverletzung verhüten kann. Besonders wichtig ist bei allen Manipulationen das bimanuelle Vorgehen. Bei Tumoren der Adnexe werden diese zunächst von ihren Adhäsionen befreit, dann in die Scheide herabgeleitet, mit einer Klemme fixirt, bei Ovarien dient hiezu eine Zange (Museux). Sollen die Adnexe entfernt werden, so klemmt man den Stiel des Adnextumors ein, unterbindet ihn, und bindet ihn ab, worauf der Tumor entfernt werden kann.

Scheide und Douglas sind mit steriler Kochsalzlösung zu reinigen, dann wird der Schnitt bis auf eine fingerdicke Oeffnung (für den Jodoformgazedrain) durch Knopfnähte geschlossen. In die Scheide kommt ein Tampon. Dieser und der Drain werden am vierten Tage entfernt, Ersterer erneuert, Letzterer nur dann, wenn noch starke Secretion fortbesteht. Nach einigen Tagen können die Operirten schon das Bett verlassen, wenn keine Complication bestand oder hinzukam.

Die Methode eignet sich besonders zur Trennung von Adhäsionen, ferner, um die Vesicofixation des befreiten retroflectirt gewesenen Uterus auszuführen. Bei vorgefundenen secundären Veränderungen der Adnexe sind diese zu entfernen, eventuell ist die Totalexstirpation vom hinteren Scheidenbauchschnitt aus vorzunehmen.

Vorzüglich bewährt hat sich Vf. das Verfahren bei Tubarschwangerschaft. Bei Kystomen ist durch vorausgeschickte Punction der Umfang zu verkleinern. Bei eitrigen Adnextumoren verdient die Operation unbedingt der Laparotomie vorgezogen zu werden. — (Volkmann, klin. Vortr. Nr. 156.) H.

Dermatologie und Syphilis.

Ueber Chinolin-Wismuth-Rhodanat. Von Dr. L. Forchheimer.

Dieses Präparat wird auf varicöse und luetische Unterschenkelgeschwüre aufgepudert und liegen gelassen; es kommt dann zur Bildung eines fest anhaftenden Schorfes, unter welchem die Geschwüre heilen und vor weiterer Infection geschützt erscheinen. Dass nebstbei noch Hochlagerung der Extremität, Bindeneinwickelung und zeitweise Reinigungsbäder der Gliedmassen vorgenommen werden müssen, versteht sich von selbst. — (Therap. Monatsh. Nr. 8, 1898.) Horovitz.

Ueber Anwendung der Kakodylsäure in der Behandlung von Hautkrankheiten, namentlich der Psoriasis vulgaris. Von Dr. Gijsslman.

Im Jahre 1896 hat Danlos auf die vor zwei Decennien schon verwendete Kakodylsäure zurückgegriffen. Sowohl die Säure als auch das Natriumsalz derselben kam zur Anwendung. ($As(CH_3)_2ONa$.) Der hohe Gehalt an Arsen (54%) war für die Anwendung ausschlaggebend. G. hat diese Verbindung für subcutane Injectionen in 17 Fällen verwendet: Psoriasis vulgaris, Lichen ruber planus, Prurigo und Sarcoma cutis. Die Concentration des Mittels war 1·5—4—8 : 10·00. Zumeist wurde intramusculär ad nates injicirt, aber auch subcutan in die Arme. Locale Veränderungen an der Injectionsstelle, wie etwa starke Schmerzhaftigkeit oder Infiltrate, waren gewöhnlich nicht zu gewahren; ebensowenig Intoxicationserscheinungen, bis auf einen Fall, der mit Kopfschmerz und Schwindel auf eine ganze Spritze reagirte. Um die locale Irritation zu mässigen,

wurde Cocaïn dem Präparate zugesetzt, doch trat eine Trübung ein, und so musste von der anästhetischen Eigenschaft des Cocaïns abgesehen werden. In einem Falle von Lichen ruber planus wurden in einer Sitzung 2 Spritzen einer 8:10 concentrirten Lösung eingespritzt. Das Mittel hat sich gut bewährt, besonders bei frischen Psoriasisfällen, wobei die Gesichts- und Kopfpsoriasis zunächst schwand; bei chronischen Fällen pflegt bekanntlich die Arsenbehandlung weniger wirksam zu sein, dafür aber die locale Behandlung mehr Erfolg zu haben. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 14, 1899.) Horovitz.

Die Behandlung der Urethritis gonorrhoica nach dem Janet-schen Verfahren. Von Dr. C. T. v. Otto.

Ein graduirter Irrigator mit 2 m langem Schlauch, Sperrhahn und Glascanüle bilden das nothwendige Inventar; die Lösung von übermangansaurem Kali darf nicht höher als 1:1000 sein; anfangs nur 1 : 6000. 1—1½ l Lösung wird eingelassen. Für die Urethra anterior hängt der Apparat 60 cm über der Urethra, für die posterior und Blase 1·50 cm. Die Lösung muss rein, frei von fremdartigen Beimengungen und körperwarm sein. Die Stromgeschwindigkeit wird durch Zudrücken des Schlauches hinter dem Hahn regulirt. Vor der Spülung wird erst die Blase entleert. Der Patient liegt und entleert nach dem Einlauf seine Blase, wobei noch die Urethra obenzu zusammengedrückt wird. Bei empfindsamen Kranken kann die Urethra erst cocaïnisirt werden. Um einen Krampf des Sphincter externus zu vermeiden, unterbricht man durch Druck des Schlauches das Einströmen für einen Augenblick und lässt ruhig athmen; lüftet man den Fingerdruck hierauf, so strömt die Lösung in die Blase hinein. Starke Schleimhautschwellungen und Complicationen des Trippers sind Contraindicationen der Spülungen. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 12, 1898.) Horovitz.

Zur Behandlung der acuten Gonorrhöe. Ein neues Silberpräparat: Protargol. Prolongirte Injectionen. Von Prof. Dr. A. Neisser.

Die Therapie der Krankheit hat sofort, nachdem sie erkannt wurde, zu beginnen. Die Janet'sche Methode eignet sich für die Privatbehandlung nicht, da die Kranken erst dann ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, wenn das Uebel schon einige Tage besteht, auch ist das mehrmalige Aufsuchen des Arztes im Tage den Kranken sehr lästig. Was die schnelle Abtödtung der

Gonokokken betrifft, so sucht dies Janet durch prolongirte Durchströmung der Urethra zu erzielen; doch lässt es sich durch längeres Verweilen des Arzneistoffes in der Urethra ebenfalls bewerkstelligen; also durch N.'s prolongirte Injectionen. Ueberhaupt ist N. sehr ablehnend gegenüber der Janet'schen Behandlungsweise. Durch gut gewählte Mittel lässt sich die Gonorrhöe mittels Anwendung der Tripperspritze ebenso leicht und sicher beheben. Die Kranken müssen nur gut einspritzen. Ein solches Mittel ist Protargol. Es ist eine Verbindung des Silbers mit einem Proteïnstoff und enthält 8·3% Silber. Es bildet ein feines, gelbliches Pulver, welches sich in kaltem und warmem H_2O löst. Es wird in ¼—½—1%igen Lösungen angewandt und ruft keine Reizung der Harnröhrenschleimhaut hervor. Die Injection kann bis zu 30 Minuten verlängert werden, d. h. man kann die Injectionsflüssigkeit so lange in der Urethra belassen. Die mikroskopische Untersuchung auf Gonokokken versteht sich von selbst. Täglich drei Injectionen, von welchen zwei zu 5 Minuten zu nehmen sind. Sind die Gonokokken geschwunden und nur noch ein Katarrh der Urethra vorhanden, dann können die Suspensionen zur Anwendung kommen: Bismuthpräparate, Thioform, Xeroform. Selbst bei Urethritis posterior kann die Tripperspritze vollkommen hinreichen, wenn nur correct eingespritzt wird. — (Dermat. Centralbl. 1. Jahrg.) Horovitz.

Ungu. ciner. hydrargyri innerlich gegen Syphilis. Von Dr. Silberstein.

Anuschat war es, der die graue Salbe zu Pillen verarbeiten liess und innerlich verabreichte. Wenn das Quecksilber mit Lanolin völlig abgetödtet ist, so bildet es, auf Papier gestrichen, eine so gleichmässige Substanz, dass gar kein metallischer Reflex entsteht. Die von S. ein wenig geänderte Vorschrift lautet: Rp. Ungu. Lanolini Hydrargyr. ciner. 4·5, Pulv. rad. liquir. 5 00, Glycerini gutt. V, Mucil. Gummi mim. qu. s. F. pillul. N. 60. S. zweimal täglich zwei Pillen. Jede Pille enthält 0·025 Hg; 2 Pillen = 0·05 Hg. Die Einhüllung in Oblaten hält S. nicht für nothwendig, und wenn die Pillen klein sind, so schlucken sie sich auch leicht. Schneidet man eine solche Pille entzwei, so zeigt sich kein metallisches Quecksilber auf der Schnittfläche. Um noch die Resorption von Seiten des Darmes anzuregen, empfiehlt es sich, die Kranken viel Fett: Butter, Speck, fettes Fleisch und Sardinen in Oel nehmen zu lassen. Für peinliche Mundpflege wie bei allen

Quecksilbercuren, auch für regelmässige tägliche Darmentleerung ist Sorge zu tragen. In dieser Weise durchgeführt, verbindet diese Therapie alle Vortheile der Schmiercur, ohne deren Nachtheile zu haben. In 15 Tagen sind die Pillen consumirt und damit ein Theil der Cur abgeschlossen, worauf eine Pause von 8—14 Tagen eingeschaltet wird. Nach der Pause werden abermals die Pillen durch 15 Tage hindurch (4 Pillen des Tages) genommen. Der Erfolg soll ein sehr befriedigender sein. — (Therap. Monatsh. Juli, 1898.) Horovitz.

Die Kupfernase (Acne rosacea) und ihre Behandlung namentlich mittels der galvanokaustischen Glühnadel. Von Dr. F. Bloebaum.

Die besten Resultate wurden durch die externe Behandlung erzielt, wenn die ausgedehnten Gefässe zur Obliteration gebracht wurden. Zu diesem Behufe wurde eine glühend gemachte Nadel längs der Gefässe eingesenkt, u. zw. unter Infiltrationsanästhesie. Nach der Sitzung kamen kalte Umschläge zur Anwendung. — (Deutsche Med.-Ztg. Nr. 52, 1898.) Horovitz.

Ueber die Einreibungscur. Von Dr. Schuster.

Den Lesern dieser Zeitschrift ist bekannt, dass Neisser in Breslau die Meinung vertritt, die Einreibungscur ist keine Haut-, sondern eine Lungencur, d. h. das in die Haut verriebene Quecksilber gelange nicht durch den Hautkreislauf in den Gesammtkörper, sondern durch die Lunge. Die Quecksilbermolecüle verdampfen und gelangen durch die Athmung in die Lunge und von hier aus in den Kreislauf. Gegen diese Lehre wenden sich die Ausführungen S.'s, da Neisser keine zwingenden Beweise für seine Lehre ins Feld bringt. Neuere Arbeiten über Hautathmung haben es sichergestellt, dass Jodgase durch die Haut aufgenommen werden. Wärter, die täglich stundenlang Hg. mit der blossen Hand einmassiren, zeigen nur Spuren von Quecksilber im Harne, obschon sie unter sehr günstigen Einathmungsverhältnissen sich befanden. Damit ist aber nicht gesagt, dass die Lungen nichts einathmen. (Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Düsseldorf, 1898.) Horovitz.

Ueber Leprabehandlung mit mercuriellen Injectionen. Von Prof. Dr. A. Haslund.

Es handelt sich um einen 51 Jahre alten Isländer mit Knoten- und Geschwürslepra und mit anästhetischer Lepra.

H. ist der Meinung, dass die Lepra eine heilbare Krankheit sei und da sie im pathologischen Systeme der Syphilis nahe stehe, so müsse Quecksilber auch gegen das Lepravirus eine besondere curative Wirkung entfalten. Und so wurde der Kranke einer Injectionscur mit Quecksilberformamid unterzogen und dabei traten ganz besondere Besserungen einzelner Symptome auf, wenn sich auch nicht leugnen lässt, dass in mancher Beziehung auch Verschlimmerungen zu Tage traten. Die Cur wurde vorzeitig abgebrochen, allein H. ist der festen Ueberzeugung, dass Quecksilber, in zweckmässiger Weise gegen Lepra angewandt, einen guten Erfolg haben müsse. Dabei beruft er sich noch auf die von Radcliffe Crocker veröffentlichten Fälle, in welchen die Quecksilberapplication von Erfolg war; ebenso wird des Lustgarten'schen Falles gedacht. — (Dermat. Zeitschr. H. 1, 1899.)

Horovitz.

Ueber Salbenleime. Von Dr. M. Pelagatti.

Wenn es sich darum handelt, ein Vehikel zu verschaffen, welches einem feinen Häutchen gleich der Hautdecke anhafte, sich gleichmässig auftragen lasse, das An- und Ausziehen der Kleider gestatte und überdies bei reizenden Arzneistoffen genau localisirt bleibe, so war man bislang in Verlegenheit. Denn die Unzukömmlichkeiten der Salben sind ja bekannt, ebenso die der Pflaster. Auf der Suche nach passenden Körpern kamen so die Firnisse in Anwendung. Unna's Zinkleim entspricht auch nicht allen Anforderungen, die man an ein solches Vehikel stellen kann; denn er hindert die Wirkung der incorporirten Medicamente, er ist selbst ein Medicament und hat seine bestimmte, aber engbegrenzte Indication. Durch Versetzen des Zinkleimes mit Lanolin gewann P. einen Körper, der allen Ansprüchen entgegenkommt. Er hat folgende Zusammensetzung: Rp.: Weisser Zinkleim 30·00, Glycerin 20·00, Wasser 50·00, reinstes Lanolin 48·00, Zink oxyd. 20·00. Der im Wasserbade aufgelöste Leim wird mit dem Lanolin durch Umrühren durchgemengt. Einer solchen Masse kann man auch Hg-Lanolin incorporiren. Durch Ausgiessen in Formen wird dieser Leim dispensirungsfähig. Eine solche Schichte hält drei Tage lang, schmilzt nicht und lässt die einverleibten Medicamente gut in die Haut dringen. — (Monatsh. f. Dermat. Nr. 2, 1899.)

Horovitz.

Kinderheilkunde.

Einige Erfahrungen auf dem Gebiete der Ernährung von Flaschenkindern. Von Dr. Schmid-Monard.

Dr. Schmid-Monard geht von der Thatsache aus, dass die verschiedensten üblichen künstlichen Ernährungen bei Säuglingen einmal recht zufriedenstellende Erfolge, andere Male wieder nur beklagenswerthe Misserfolge erzielen. Die bisher bekannte Stoffwechselbilanz der Säuglinge, im Einklange mit der Erfahrung, dass insbesondere im ersten Halbjahre das Hauptgewicht auf den Bedarf an Kohlehydraten und Fett zu legen ist, und dass erst im zweiten Halbjahr auch grössere Eiweissmengen vertragen werden und gegen Schluss des ersten Lebensjahres die reichliche Zufuhr von Phosphor und Eisen durch Verabreichung von Eidotter und Gemüsen erspriesslich wirke.

Die specielle genaue Beobachtung des Autors an sieben Kindern über 16—44 Wochen und bei vier Kindern in 4—16 Wochen ergaben erwähnenswerthe Gesichtspunkte. Die Nahrung dieser Kinder bestand aus $^1/_3$—$^3/_4$ Kuhmilch, verdünnt mit Wasser, Schleim- oder Mehlabkochung, mit und ohne Zuckerzusatz, mit oder ohne Fettzusatz, ein Kind erhielt Backhaus-Milch, ein anderes Gärtner'sche Fettmilch, alle halten 5—6 Tagesmahlzeiten. Bei Nacht wurde nichts verabreicht.

Die Quantitäten der Einzelmahlzeiten schwankten zwischen 200—300 g. Das Ueberschreiten dieser Mengen rief meist Störungen hervor, im Allgemeinen waren die Zunahmen jener Kinder grösser, welche sich mit den kleineren Einzelmahlzeiten begnügten. Im Mittel nahm das Flaschenkind per Tag 131 Calorien per Kilo Körpergewicht auf, das Brustkind nur 99.

Von diesen Calorien liefert beim Brustkind das Eiweiss nur 42, entsprechend 12 g Eiweiss, welche bei Flaschenkindern schon in 360 g Milch eingeführt werden, so dass in der verdünnten Milch das Deficit an erforderlichem Fett und Kohlehydrat durch Zusatz von Rahm und Zucker ersetzt werden muss (Backhaus), vom sechsten Monate ab wird Gärtner'sche Milch, reine Milch oder $^2/_3$ Milch meist schon gut vertragen.

Die Heubner-Soxleth-Mischung ($^2/_3$ Milch mit Milchzuckerzusatz) erzeugte bei Kindern im ersten Halbjahre Verstopfung, Unruhe und musste an deren Stelle $^1/_2$ Milch und Milchzucker gegeben werden.

Fett und Kohlehydrate können sich bis zu einem gewissen Grade vertreten. Aber es scheint, dass grössere Fettmengen für die Dauer nicht gerne genommen werden, aber bei Neigung zur Verstopfung erwiesen sie sich als vortheilhaft, Milchzucker- und Malzextractzusatz (ein Theelöffel per Mahlzeit) werden immer gut vertragen.

Die von Schmid-Monard aufgestellten Grundsätze lauten: Das Volumen der Einzelmahlzeit soll 300 g nicht übersteigen bei Kindern im Alter von 4—9 Monaten. Der Grad der Verdünnung ist für jeden Fall empirisch festzustellen, für den Neugeborenen ist mit $^1/_3$ Milch zu beginnen bei Zusatz von Milchzucker oder Malzextract und rasch auf $^1/_2$—$^2/_3$ Milch zu steigen.

Für sehr schwache oder verstopfte Kinder empfiehlt sich der Zusatz von Rahm (Biedert'sches Büchsenpräparat oder frischer Rahm).

Der Backhaus-Milch sagt Dr. Schmid-Monard nach, dass sie sich allerdings in vielen Fällen gut bewährte, von einzelnen Kindern aber recht schlecht vertragen wird, dass im Handel die Zahl der verdorbenen Flaschen zunimmt und dass mitunter das Entstehen Barlow'scher Krankheit durch sie begünstigt werden soll.

Auch die Gärtner'sche Milch erfüllte nicht die auf sie gesetzten Erwartungen, vielfach wollten sie die Kinder nicht nehmen und in einem Falle, wo sie ununterbrochen genommen wurde, war die Zunahme unternormal.

Vom neunten Lebensmonate ab empfiehlt Dr. Schmid-Monard blassen Kindern Suppe, Fruchtsäfte, Gemüse, Fleischsaft, Eidotter beizugeben. — (Therap. Monatsh. Nr. 2, 1899.)

Ueber Myxödem im frühen Kindesalter. Von Dr. J. Lange.

L. demonstrirte in der Med. Gesellsch. in Leipzig am 13. December 1898 zwei Kinder mit Myxödem. Die Erkrankung war in beiden Fällen hochgradig und angeboren, in beiden Fällen war die Schilddrüse nicht nachweisbar, in beiden Fällen wurde mit Schilddrüsenpräparaten mit einigem Erfolge behandelt.

L. verweist auf den von Langhans bei der Obduction von echten Cretinen gefundenen Knochenbefund: langsame Verknöcherung, lange Permanenz des Knorpels, insbesondere des Epiphysenknorpels.

L. zieht das Thyreodinum sicum allen anderen Schilddrüsenpräparaten vor. Man beobachtet bei der Verabreichung

desselben zuerst Besserung der Eigenwärme, des Pulses und der Hautinfiltration; bei zu grossen Dosen wird die Temperatur sogar subfebril und die Kinder werden sehr unruhig.

Ein sieben- bis neunmonatliches Kind vertrug nur 5 cg jeden zweiten Tag, ein zehn Monate altes Kind dagegen vertrug drei Tagesdosen von je 5 cg bei 0·075 und zuletzt von 0·1, aber auch diese Dosen wurden nur kurze Zeit vertragen.

L. hat auch in seinen Fällen eine cumulative Wirkung des Thyreodins beobachtet.

Bei der Obduction des einen Kindes fand man bei genauer Präparation doch noch eine kleine Schilddrüse. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 10, 1899.)

Ein Fall von Bromoformvergiftung. Von Dr. Schmitt.

Ein 4¾ Jahre altes Kind nimmt aus Versehen auf einmal 2½ g Bromoform. Das Kind wird nach einer halben Stunde bewusstlos, gegen Reflexe unerregbar, die Pupillen enorm verengt, Puls klein, 70 in der Minute, Respiration langsam und unregelmässig.

Nach Einspritzung von Kampheröl, künstlicher Wärmezufuhr und Abreibungen erholte sich das Kind sehr bald. Nach etwas einer Stunde ein Keuchhustenanfall mit Erbrechen und fortschreitende Besserung. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 5, 1899.)

Die Therapie der Typhlitis stercoralis und der Koprostase im Kindesalter. Von Dr. L. Fürst.

Die Behandlungsmethode des Dr. F. besteht in der Irrigation von Bitterwässern, u. zw. gibt er für jedes Lebensjahr 1 Esslöffel Hunyadi-Janos auf 1 l Wasser, im Maximum 6 Esslöffel voll; „auch der Dünndarm wird von dort steckenden Kothballen“ befreit.

Dieselbe Methode hat sich auch bei schweren Koprostasen mit entzündlichen Reizungen des Peritonealüberzuges bewährt und auch in drei Fällen von Typhlitis stercoralis ohne Betheiligung des Wurmfortsatzes, und wenn stark exsudative Perityphlitis mit Verschwärung des Wurmfortsatzes auszuschliessen ist. — (Therap. d. Gegenw. H. 3, 1899.)

Zur Statistik der incarcerirten Hernie bei Kindern bis zum Alter von einem Monat. Von Dr. E. Funke.

Dr. F. theilt zwei Fälle mit von incarcerirter Hernie bei Kindern im Alter von 4 Wochen, beide plötzlich entstanden, sofort operirt, beide mit glücklichem Ausgange. Die Operation

des einen der Fälle betrifft einen Knaben, der jetzt schon 9½ Jahre alt ist. Der Fall ist definitiv geheilt, obwohl kein Bruchband getragen wurde, aber der Hode ist atrophirt. Dr. F. meint diese Atrophie durch Compression des Samenstrangs beim Vernähen oder durch Druck der Narbe auf den Samenstrang erklären zu können.

Dr. F. warnt vor Repositionsversuchen bei incarcerirten Hernien bei jugendlichen Individuen, weil hier das Mass für die erlaubte Anwendung von Kraft nicht gegeben ist und die Operation als die ungefährlichere Procedur angesehen werden muss. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 10, 1899.)

Untersuchungen über Milchschmutz und ein einfaches Verfahren, denselben zu beseitigen. Von Dr. W. C. Plaut.

Das Verfahren Renk's, die Reinlichkeit bei der Milchproduction dadurch zu prüfen, dass man 1 l Milch in einem Gefässe mit Glasboden 2 Stunden stehen lässt, um den Bodensatz zu erkennen, hat einen gewissen bedingten Werth, reicht aber nicht als Grundlage für die Einleitung eines strafrechtlichen Verfahrens aus, kann aber Anlass geben, die betreffende Milchwirthschaft einer Controle zu unterziehen.

Es ist jetzt auch als sicher anzusehen, dass das Sterilisiren der Milch bei Vorhandensein von viel Schmutz wirkungslos ist, ja mitunter die Gefahr der Vergiftung mit Peptonen noch erhöht.

Dr. P. gibt nun ein Verfahren an, Marktmilch schmutzfrei zu machen. Seine Untersuchungen haben ergeben, dass die vom Schmutze befreite Milch fast ausnahmslos sich im Brutofen bei 37° C. länger hält, als die ursprüngliche Milch, Differenzen, welche noch auffälliger sind, wenn man beide Milchsorten nach der Sterilisation in Beobachtung zieht, es ist dabei vorausgesetzt, dass die Milch noch nicht die Zeit der Incubation überschritten hat.

Die Methode P's. besteht darin, dass er die Milch in Gefässen, die nicht über 20 cm hoch sind, 40 Minuten stehen lässt. Der P.'sche Topf, oben schmäler, unten breiter (17 u. 19 cm) hat zwei seitliche Oeffnungen, unterhalb der Rahmschichte eine obere, die etwa so breit als die Rahmschicht, und 3 cm seitlich von dieser, 1½ cm über dem Boden, eine zweite mit einem Lumen von nur 1½ cm, durch welche ein Rohr 3 cm weit in den Topf hineinragt.

Beide Rohre sind nach unten etwas gebogen, das obere

weniger als das untere, das obere ist mit einem Gummipfropf, das untere durch einen Quetschhahn geschlossen, der ein kurzes angestecktes Gummirohr abschliesst. Wenn der Topf hochgestellt ist, die Milch 40 Minuten lange gestanden, wird zuerst in einen tiefer stehenden zweiten Topf die obere Rahmschichte abgelassen und dann die tiefere Milchschichte, dann gut gemischt.

Es gehen dabei von 4 l Milch circa 200 cm^3 fettarme Schmutzmilch verloren, welche am Boden des Gefässes zurückbleiben.

Die Milch muss möglichst rasch diesem Verfahren unterzogen und bis zur Vollendung kühl gehalten werden.

P. gibt an, bei seiner Familie bei Anwendung seines Topfes günstige Resultate erzielt zu haben.

Herr P. ist so liebenswürdig, solche Töpfe (Preis 5 Mark) zu Versuchen zur Verfügung zu stellen. — (Zeitschr. f. Hygiene u. Infectionskrankh. Nr. 306, H. 1.)

Ueber Immunität nach erfolgter Vaccination. Von Dr. J. Bondeson.

B., Vorstand der k. Vaccinationsanstalt in Kopenhagen, bespricht die Thatsache, dass mitunter bei Erstimpfungen der Erfolg ausbleibt, ohne dass man dafür einen Fehler der Impftechnik oder eine schlechte Lymphe verantwortlich machen kann.

Man ist geneigt, solche Fälle durch eine individuelle Unempfänglichkeit, primäre Immunität, erklären zu wollen.

B. meint, u. zw. auf Grund einer sehr grossen Erfahrung, dass diese sogenannte primäre Immunität überhaupt sehr selten sei.

Er hat solche Fälle unter 12.000 angeblichen Erstimpfungen circa 150mal gesehen, aber die genaueren Erhebungen ergaben, dass entweder gar keine Erstimpfungen vorlagen, insofern als die meisten doch schon, allerdings ohne Erfolg geimpft worden waren, oder dass zufällige Ueberimpfungen von Vaccine oder leichte Variolaerkrankung vorausgegangen waren. Die sogenannten erfolglosen Vaccinationen haben doch einen partiellen Erfolg gehabt, es sind mitunter verspätete und abortive Pusteln entstanden und selbst wenn keinerlei localer Effect eingetreten ist, hat sich ein gewisser Schutz eingestellt, der sich eben darin äussert, dass die betreffenden Kinder sehr oft für kürzere oder längere Zeit immun gegen spätere Vaccination, resp. Revaccination geworden sind.

B. hat diese Thatsache bei einer grossen Reihe von Vaccina-

tionen festgestellt, bei welchen Vaccine von notorisch stark verminderter Virulenz angewendet worden war; soviel hat sich aber doch ergeben, dass so erzielte Immunität von kürzerer Dauer ist, als die nach regulärer Pustelbildung.

Praktisch wichtig aber ist es, dass man in allen solchen Fällen es nicht unterlassen darf, die Widerimpfung immer wieder von Neuem vorzunehmen, bis man einen vollen Impferfolg erzielt. — (Allg. med. Central-Ztg. H. 28, 1899.)

Zur Behandlung von wunden Warzen und Mastitiden im Wochenbett. Von Dr. W. Ruberka.

Von 12.065 Frauen im Wochenbette erkrankten 5340 an wunden Warzen, also etwa 44·3%. R. zählt unter 3152 Fällen 39·4% Wöchnerinnen mit kranken Warzen.

R. lässt prophylaktisch die Warzen der Schwangeren täglich mit warmem Wasser und Seife waschen, die schlecht vorragenden mit der Milchpumpe vorziehen und abwechselnd einen Tag mit 60%igem Alkohol, den anderen mit Glycerin bestreichen; während des Stillens werden die Warzen zweimal täglich mit warmem Wasser und Seife gewaschen und mit 60%igem Alkohol desinficirt.

Sind schon Excoriationen oder Rhagaden entstanden, so werden ausserdem Umschläge mit 3%iger Borsäurelösung gegeben (Occlusivverband) und das Stillen kann fortgesetzt werden.

Sind die Wunden tiefer und ausgedehnter, so wird die Brust nur mit Warzenhütchen gereicht, u. zw. am besten einfache Gummihütchen. Bei dieser Behandlung waren von 1176 in der ersten Woche des Wochenbettes entstandenen wunden Warzen 76·8% bis zum 10. Tage geheilt, umso früher, je später die Erkrankung eingetreten war. Einen Prüfstein für den Erfolg seiner Behandlungsmethode sieht R. in der Thatsache, dass er bei 1244 wunden Warzen nur 1·44% Mastitiden entstehen sah, während bei anderen Beobachtungen 14·8% angegeben wurden.

Die beginnende Mastitis behandelt R. mit energischer Desinfection der Wunden, Umschlägen mit 0·5%igem Sublimat für zwei Stunden auf die Warze, Aspiration der ersten Milch mit Milchpumpen, Application einer Eisblase auf die Brust, bei Vorhandensein von Schüttelfrost und Fieber mit parenchymatösen Injectionen in die infiltrirte Stelle von 2—3 g eines 3%igen Carbolwassers und glaubt damit das Eintreten von Eiterungen

vielfach hintangehalten zu haben, ohne je davon schädliche Folgen gesehen zu haben. — (Arch. f. Gynäk. Bd. 48, H. 1.)

Kleine Mittheilungen.

Behandlung der scrophulösen Lymphome des Halses. Nach Calot ist die grosse Neigung zur operativen Entfernung der geschwollenen Drüsen nicht gerechtfertigt. Unter günstigen hygienischen und diätetischen Bedingungen, namentlich bei einem Aufenthalte am Meere, tritt in vielen Fällen spontane Rückbildung und Heilung ein, in anderen Fällen eitern die Drüsen aus. Die operative Entfernung hat stets Zurücklassung entstellender Narben zur Folge. In stationären Fällen, die weder zur Rückbildung noch zur Eiterung neigen, kann man Letztere hervorrufen durch Injectionen von 2—3 g einer 2%igen Chlorzinklösung, alle zwei Tage wiederholt. Ist Erweichung eingetreten, so wird der Eiterherd punctirt und Kamphernaphthol injicirt. Auf diese Weise gelingt es, eine Heilung ohne Narben zu erzielen. Dazu muss aber die Haut noch vollständig unverändert sein. Eine sehr feine Nadel ist unerlässlich. Ist die Haut bereits ulcerirt, so ist die operative Behandlung der Drüsen vorzuziehen. Le Dentu schliesst sich dieser Ansicht an und empfiehlt auch Injectionen von Kamphernaphthol; man muss aber beim Zurückziehen der Nadel darauf achten, dass keine Injectionsflüssigkeit zurückfliesst und den Punctionscanal anätzt, wodurch kleine Geschwüre entstehen können. — (Rev. de thérap.; Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Ueber die Wirkung des Dionin. G. Schröder hat das Dionin bei einer grossen Anzahl von Phthisikern angewendet und fasst das Resultat seiner Erfahrungen in Folgendem zusammen: Das Dionin beseitigte oder linderte den Reizhusten und verschaffte besseren, oft anhaltenden Schlaf, die Kranken fühlten sich behaglicher und ruhiger. In manchen Fällen war die Wirkung des Dionin entschieden günstiger und ausgeprägter, als die gleicher Dosen Codeïn; es leistete vielfach dasselbe, wie entsprechende Dosen von Morphium, ohne im Allgemeinen dessen unangenehme Nebenwirkungen zu theilen. Erschwerte Expectoration, Uebelkeit und Neigung zu Obstipation wurden nur ganz vereinzelt beobachtet, einmal trat vermehrte Schweisssecretion auf. Weniger ausgeprägt im Vergleich zum Morphin, war die

Einwirkung des Dionin auf vorhandene Schmerzen, vor Allem liessen sich durch Larynxtuberculose bedingte Schluckschmerzen im Ganzen nur wenig beeinflussen. Es empfiehlt sich, das Dionin in der gleichen Dosis wie Codeïn zu verschreiben. Man verabreiche tagsüber 2—3mal 0·02 g oder Abends 0·03 g. Das Dionin kann sowohl innerlich als subcutan gegeben werden:

Rp. Dionin 0·3
Aq. dest. 60·0
MDS. Täglich 1–2 Theelöffel.

Rp. Dionin 0·3
Aq. Amygdal. amar.
Aq. dest. ana 5·0
MDS. Abends 20 Tropfen.

Rp. Dionin 0·3
Aq. dest. 10·0
MDS. Abends eine Spritze zu injiciren.

(Therap. d. Gegenw.)

Ueber den symptomatischen Werth des Natronsalicylats bei der Behandlung des Diabetes mellitus. Von M. Litten. Vf. hat das Natrium salicylicum (8 : 200, 2—3stündlich 1 Esslöffel) wirksam gefunden in einer Reihe von diabetischen Symptomen und Complicationen, die man als nervöse bezeichnet: Hautjucken, neuralgische Schmerzen, Polyurie, Polydipsie und Polyphagie. Der Nutzen des Natronsalicylats bei diesen Symptomen ist ebenso unabhängig von der Form des Diabetes, wie bei den übrigen nervösen Erscheinungen. Der Zucker kann fortbestehen, während die genannten Symptome schwinden. Gegen die diabetischen Schweisse empfiehlt L. die Eichenrinde. Man nimmt einen abgestrichenen Esslöffel der gepulverten, nicht geraspelten Rinde, übergiesst das Pulver mit einem Tassenkopf kochenden Wassers, lässt den Thee eine Weile (nicht über ¼ Stunde) ziehen und colirt den Aufguss durch ein Tuch. Nach völliger Erkaltung gibt man dem Kranken den Thee zum langsamen Trinken. — (Therap. d. Gegenw.)

Puro. Von A. Eulenburg. Der unter dem Namen Puro hergestellte eingedickte Fleischsaft wird durch Dr. Scholl in Thalkirchen neuerdings in mehrfach abgeänderter Weise hergestellt, wodurch Geschmack und Aussehen erheblich gewonnen haben. Die Geschmacksverbesserung wird dadurch erzielt, dass der fertige Saft eine zeitlang mit frischen Suppenkräutern in Contact gelassen wird. Durch Centrifugiren werden die

Kräuter nachher wieder vom Saft getrennt, und Letzterem wird nun noch etwas zur Syrupdicke eingedampfter, also völlig alkoholfreier, alter Sherry zugesetzt. Durch das Digeriren mit den frischen Suppenkräutern werden deren aromatische Bestandtheile theilweise ausgelaugt und verleihen dem Safte ein sehr feines Aroma, wie es durch Essenzen oder ätherische Oele nicht zu erzielen ist. Als fernerer Gewinn ist es zu erachten, dass es gelungen ist, das Hämoglobin aus dem Präparate vollständig zu entfernen und so die blutrothe Farbe zu vermeiden. Puro zeichnet sich den entsprechenden amerikanischen Fleischsaftpräparaten gegenüber durch seinen weitaus grösseren Nährwerth (21% Gehalt an natürlichem Eiweiss) vortheilhaft aus, während es zugleich den Vorzug erheblich grösserer Billigkeit darbietet. — (Deutsche med. Wochenschr.; Deutsche Med.-Ztg.)

Ueber die richtige Zeit, Medicamente einzunehmen, gibt Dr. E. Vogt zunächst folgende allgemeine Grundsätze an: Durch unzweckmässiges Einnehmen von Medicamenten können schädliche Nebenwirkungen auf den Magen ausgeübt werden: 1. wenn die Medicamente differenter Natur sind und in concentrirter Lösung in den leeren Magen gelangen (Reizung der Schleimhaut), 2. wenn die Mittel zwar indifferent sind, aber in ungeeigneter Form in den leeren Magen gelangen; z. B. Pillen, bei leerem Magen genommen, erregen manchmal Brechen, 3. Frauen soll man nicht zu stark verdünnte Lösungen geben, wegen der Beschwerden, die ihnen zu viel Flüssigkeit macht (zu häufiger Harndrang ist ihnen peinlich). — Rasche Resorption erzielt man durch Medication bei leerem Magen, langsamere bei gefülltem. Allgemeines Princip ist, bei leerem Magen dünne Lösung, bei gefülltem stärkere zu geben. — Ueber die einzelnen Arzneimittel stellt Dr. Vogt folgende specielle Grundsätze auf: 1. Die Verdauungsthätigkeit wird gestört, rasch aufgehoben durch folgende Medicamente: Chloroform, Naphthol, Saccharin; Letzteres erklärt viele Verdauungsstörungen bei Diabetikern. Diese Stoffe sollen also nach Ablauf der Magenverdauung gegeben werden. 2. Verzögert wird die Magenverdauung durch die Metallsalze, Jod- und Bromsalze, sie sind also sehr verdünnt zu geben, 3—4 Stunden nach der Abendmahlzeit. Bromsalze, vor dem Schlafengehen genommen, machen den Athem übelriechend, wenn sie nicht sehr verdünnt gegeben werden. Jodsalze soll man bei leerem Magen, nicht zum Essen geben, da

die Amylaceen der Nahrung die Wirkung abschwächen (nur wer zu Jodismus neigt, muss sie zum Essen nehmen). Quecksilber soll man entweder in Pillenform während der Mahlzeit geben, oder nüchtern sehr stark verdünnt. Kalomel kann aber zu jeder Zeit ohne Schaden genommen werden. 3. Alcoholica sollen nicht direct vor Tische genossen werden; z. B. Kinder, die Chinawein kurz vor Tische längere Zeit genommen hatten, erkrankten an nervöser Erregung durch Alkoholismus. 4. Amara sind direct vor der Mahlzeit zu nehmen, nicht ½ Stunde vorher, denn sie reizen die Magenschleimhaut und regen die motorische Magenthätigkeit stark an. 5. Leberthran wird fälschlicherweise oft kurz vor Tische gegeben; es ist nicht gut, die Magenschleimhaut mit einer Oelschicht zu überziehen, wenn sie eben ihre grösste resorptive Thätigkeit entfalten soll; übrigens ist dies ganz angebracht, wenn Jemand kurz vor einem grossen Trinkgelage, welches grosse Anforderungen an ihn stellt, ein Gläschen Olivenöl trinkt, da wird der viele Alkohol sehr langsam resorbirt. 6. Eisen und Arsen sollen während der Mahlzeit eingenommen werden. 7. Natron bicarbonicum bewirkt, kurz vor der Mahlzeit genommen, eine Hypersecretion der Magenschleimhaut, kurz danach gegeben, stumpft es die übermässige Säure des Magensaftes ab. — (Revue de thérap. médico-chirurg.; Wien. med. Presse.)

Ueber Sanguinal Krewel. Von Dr. Bandelier. Das Sanguinal Krewel ist ein physiologisches Eisenpräparat animalen Ursprunges, das neben den natürlichen Blutsalzen, Albuminen und kleinen Peptonmengen Eisen und Mangan in einer für die Resorption geeignetsten Verbindung enthält. (100 Theile Sanguinal enthalten 46% natürliche Blutsalze, 10% chemisch reines Hämoglobin, 44% Muskelalbumin.) Vf. hat das Sanguinal fast ein Jahr hindurch in leichten und schweren Erkrankungen verabreicht, u. zw. in Fällen von leichter und schwerer Verdauungsstörung, Anämie, Chlorose, Reconvalescenz nach schweren Erkrankungen, schlechten Ernährungszuständen, leichter und schwerer Nervosität, Hysterie, Neurasthenie, versuchsweise vorübergehend selbst bei Kachexie. Einen grösseren Bestandtheil der Fälle bildeten Lungenschwindsüchtige im Anfangsstadium, anämische und dyspeptische Pat. weiblichen Geschlechtes; bei ihnen reichte Vf. das Sanguinal anfänglich in Verbindung mit Kreosot. Von allen Pat. wurde das Sanguinal gern genommen und gut vertragen, niemals sind irgend welche Magen- oder Darmbeschwerden beobachtet worden. In fast allen,

namentlich leichteren Fällen trat eine unverkennbare Anregung des Appetits, eine sichtliche Hebung des Allgemeinbefindens und vor Allem eine wesentliche Zunahme des Hämoglobingehaltes des Blutes ein. Vf. hat den Eindruck gewonnen, dass das Sanguinal Krewel ein Eisenpräparat von wirklichem, anderen ähnlichen Präparaten überlegenem Werth ist. — (Therap. Monatsh. Nr. 3, 1899.)

Neuere Arzneimittel und Receptformeln.

Pipitzahoac wird in Mexico die Wurzel von Peregia adnata genannt, die in grossen Mengen nächst Salvatiera (Guanaguato) vorkommt und als Abführmittel benützt wird. Rio de la Loza hat daraus die Pipitzahoïnsäure isolirt, der die purgirende Wirkung zukommt. Nach Mylius verhält sich die Säure wie ein Chinon, nach Wild hat sie die Formel $C_{30}H_{20}O_6$. Dosis: 4 g der gepulverten Wurzel in vier Gelatinekapseln vertheilt, auf einmal zu nehmen. (1 g Pipitzahoïnsäure auf 10 Pillen.) Anwendung findet sie analog der Jalappa, die sie völlig ersetzen kann, bei Hämorrhoidalleiden. — (Duyk in „Bull. Pharm.“, Brüssel; Ph. P.)

Urosin. Unter dem Namen Urosin bringen die vereinigten Chininfabriken Zimmer & Co. in Frankfurt a. M. Tabletten in den Handel, deren jede 0·5 g Chinasäure, 0·15 g Lithium citricum und 0·3 g Zucker enthält. Weiss empfiehlt diese Tabletten in Dosen von 6—10 Stück an einem Tage bei harnsaurer Diathese. Bei der Verabreichung der Chinasäure findet eine deutliche Herabsetzung der Harnsäure auf Rechnung der Hippursäure statt. — (Berl. klin. Wochenschr.; Ph. P.)

Bei Caro luxurians am Zahnfleisch:

Rp.	Acid. carbol.	2·0
	Tct. jod.	4·0

M. D. S. Zum Betupfen. — (Kleinmann.)

Als Diureticum für Kinder:

Rp.	Scillae pulv.	0·05
	Sacch. pulv.	1·0
	Div. in part. aeq.	V

S. 2stündlich 1 Pulver in Wasser oder in Milch. — (Münch. med. Wochenschr.)

Bei Aphthen:

Rp.	Acid. Gallici	5·0
	Glycerini	20·0

S. Zum Pinseln.

Bei Arteriosklerose:

Rp.	Natr. carbon.	10·0
	Acid. lact. q. s. ad satur.	
	Aq. dest.	200·0

M. D. S. Für 2 Tage ausreichend; täglich 10 Esslöffel voll mit Wasser noch verdünnt zu nehmen. — (Rumpf.)

Bei Erosionen der Vaginalportion:

Rp. Thioli sicci pulv. in suff. quant.
S. Zum Aufstäuben; Vorlegen von Wattetampons.

Bei Diarrhöe:

Rp. Acid. tannici 1·0
Laud. puri. 0·5
Extr. Strychni spirit. 0·15
Extr. Cascar. q. s. ut f. pill. 20.
D. S. 2mal täglich je 2 Stücke. — (Gerhardt.)

Gegen Epheliden:

Rp. Zinci sulfocarbol. 4·0
Glycerini 60·0
S. Zu Waschungen jeden 2. Tag folgende Salbe zu verwenden:

Rp. Hydrarg. praecip. alb. } āā 4·0
Bismuth. subn. }
Ung. Glycerini 15·0
S. Salbe. — (Touvenaint.)

Bei Pharyngitis:

Rp. Acid. camphorati 2·0
Spirit. } āā 10·0
Tct. Myrrh. }
Aq. dest. 200·0
S. Gurgelwasser. — (Reichert.)

Bei Albuminurie:

Rp. Acid. Gallici 1·5
Pulv. rad. Liquir.
Succi liq. dep. q. s. ut f. pill. Nr. 30·0.
D. S. 2stündlich 2 Pillen. — (Liebreich.)

Bei Uterusblutungen:

Rp. Acid. Gallici } āā 0·5
Pulv. Arom. }
M. f. pulv. d. tal. dos.
S. 3mal täglich 1 Pulver. — (Liebreich).

Bei Diabetes:

Rp. Acid. lactici 5·0
Aq. font. 200·0
Syr. cort. Aur. 50·0
S. Tagsüber zu verbranchen. — (Liebreich.)

Bei Ikterus:

Rp. Acid. nitric. dil. 1·0
Acid. hydrochlor. dil. 2·0
Aq. dest. 150·0
Syr. spl. 25·0
S. 4mal täglich 2 Esslöffel voll zu nehmen. — (Frerichs.)

Bei Blutungen und Hämoptoë:

Rp. Acid. sulf. dil. 15·0—20·0
Ol. Terebinth. rect. } āā 15·0
Spirit. }
M. D. in vitreo bene clauso.
S. Stündlich 20—40 Tropfen in Zuckerwasser. — (Warrens.)

Bei Bronchiectase:

Rp. Acid. tannici 5·0—10·0
Picis liquid. 50·0—100·0—150·0
M. D. S. Zur Inhalation in zerstäubter Form. — (Waldenburg).

Bei Bronchitis und Pertussis:

Rp. Oxymel Scillae 10·0
Tct. Bellad. gutt. X
Aq. dest 20·0
Syr. spl. 10·0
M. D. S. 2stündlich 2 Kaffeelöffel voll. — (Münch. med. Wochenschr.)

Bei chronischer Gonorrhöe:

1. Rp. Zinci sozojodolici 1·0—2·0
Bismuth. salicyl. 0·5—1·0
Aq. dest. 200·0—300·0
D. S. 3—4mal täglich zu injiciren.

2. Rp. Hydrarg. oxyd. flav. } āā 15·0
Lanol. }
Vaselini }
Ol. oliv. q. s. ut. f. unguentum.
S. Diese Salbe wird mittels eines schwarzen elastischen französischen Bougies zuerst täglich, später jeden 2. Tag eingeführt. — (Nitzelnadel.)

Bei grünen Durchfällen der Säuglinge:

Rp. Acid. lactici 2·0
Aq. dest. 80·0
Syr. spl. 20·0
M. D. S. 2—2 1/2 stündlich 1 Theelöffel. — (Ségary.)

Bei Tuberculose:

Rp. Acid. phenylo-acetici 5·0
Spirit. vini. 30·0
M. D. S. 3mal täglich je zehn Tropfen in 50 Gramm Wasser, aufsteigend bis auf je 20 Tropfen. — (Williams.)

Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Docent v. Weismayr: Was wird die Heilanstalt Alland zu leisten vermögen?

Schon nach kurzer Zeit lässt sich diese Frage beantworten, da ja das Heilverfahren nicht neu ist, sondern nur Vergleiche mit anderen Anstalten möglich sind. Wenn z. B. Volland mit seiner Behauptung Recht hätte, dass nur im Hochgebirge das Heil zu finden sei, so müssten sich die Misserfolge schon bei den ersten Kranken zeigen. Umgekehrt kann aber aus anfänglichen Erfolgen der Schluss gezogen werden, dass die klimatischen Verhältnisse, die Behandlungsmethode geeignet sind, Heilungen zu erzielen, wie in anderen Anstalten.

Der Vortragende schildert die Behandlungsmethode, welche eine rein individualisirende ist, der Leistungsfähigkeit, besonders dem Zustande des Herzens des einzelnen Kranken angemessen. In erster Linie ist es die Freiluftcur im Sinne Brehmer-Dettweiler, d. h. die richtige Abwechslung von Ruhe und Bewegung im Freien, resp. gedeckten, nach Süden offenen Logien und Liegehallen. Einige Patienten dehnen diese Cur bis zum späten Abend aus, liegen jetzt ebenso, wie im December und Jänner, bis 1/2 10 Uhr Abends im Freien, ohne dass je eine üble Nachwirkung constatirt werden konnte. Die Nahrung besteht in gesunder, kräftiger Hausmannskost, 1 1/2 bis 2 l Milch täglich, Mittags und Abends ein Glas Bier. Keiner wird gezwungen, über Appetit zu essen, meist stellt sich die früher fehlende Esslust durch die Freiluftcur bald ein. Die hydropathische Behandlung unterstützt die Heilmethode durch Erleichterung der Expectoration, Abhärtung u. dergl. Ganz im Hintergrund steht die medicamentöse Behandlung, die nur als symptomatische Therapie manchmal nicht zu umgehen ist.

Die Veränderungen des Lungenbefundes sind meist so, dass kleine Infiltrate bis zur zweiten oder dritten Rippe nach sechs bis acht Wochen sich aufzuhellen beginnen, ohne dass nun vermehrte Rasselgeräusche zu hören wären: die Aufhellung nimmt, vom Rand her beginnend, zu, bis das Infiltrat nach drei bis vier Monaten, oft mit Zurücklassung einer deutlichen Retraction der Spitze, geschwunden ist. Wenn auch Fälle mit ausgebreiteten Cavernen eine begreiflicherweise sehr schlimme Prognose aufweisen, so können doch auch in solchen Fällen noch recht schöne Erfolge in Bezug auf das subjective Befinden erzielt werden.

Meist nimmt der Husten rasch an Intensität ab, die Expectoration erfolgt leichter; oft ist am Anfang eine leichte Lungenblutung zu beobachten, die aber nie zu ernsten Besorgnissen Anlass gibt. Später sind Hämoptoën sehr selten, solche stärkeren Grades erst bei zwei Kranken vorgekommen, weil schon die kleinste Blutbeimengung im Sputum Anlass zu den erstesten Vorsichtsmassregeln gibt.

Das Fieber, also jenes Symptom, welches den günstigen Erfolg am meisten hindert, wird ohne Medicamente, durch absolute Ruhe, meist mit raschem Resultat behandelt. Bei initialen Frösten empfiehlt es sich, ein Glas Wein zu geben. Die Zunahme des Gewichtes beträgt im ersten Monate durchschnittlich 0·6 kg wöchentlich, im zweiten 0·36 kg, im dritten 0·13 kg, doch sind sogar wöchentliche Zunahmen von 3·7 kg beobachtet worden. Der Zusammenhang zwischen der Körpertemperatur und dem Gewicht ist ein so inniger, dass jede Gewichtscurve als umgekehrte Fiebercurve gelten könnte. Niemals wurde bei Fieber eine Zunahme des Gewichtes erzielt. Der Nachtschweiss hört oft schon in der ersten Nacht des Aufenthaltes in der Anstalt auf. Wenn nöthig, wird durch Essigwaschungen, Tinctura Salviae, Atropin, Agaricin gegen dieses lästige Symptom vorgegangen. Bei Larynxtuberculose wird regelmässig die locale Behandlung mit Acidum lacticum, fast ausnahmslos mit glänzendem Erfolge, angewendet. Was den Bacillenbefund im Sputum betrifft, so wurde wiederholt constatirt, dass die Zahl der Tuberkelbacillen in keiner Beziehung zur Schwere der Erkrankung steht. Nur eine continuirliche Abnahme und schliessliches Verschwinden derselben kann von Bedeutung sein, wird aber immer erst in letzter Linie zur Beurtheilung des Erfolges herangezogen. Besonders wichtig ist die Auswahl geeigneter Fälle; alle vorgeschrittenen, zu Zerfall geneigten, durch andere Krankheit, wie Syphilis, Diabetes etc. complicirten Fälle sind auszuschliessen. Dem Kranken kann nicht geholfen werden, anderseits aber wirkt es zu deprimirend auf ihn ein, wenn er als ungeeignet wieder fortgeschickt würde.

Bisher wurden in die Anstalt aufgenommen 144 Kranke; abzüglich 7, die innerhalb der ersten drei Wochen als ungeeignet die Anstalt verlassen haben, wurden 57 entlassen; davon 36 (63%) anscheinend geheilt, resp. wesentlich gebessert, 9 (15·7%) überhaupt gebessert, 11 verliessen die Anstalt ungeheilt, aber nur 1 davon nach voller Curzeit, während 10 aus äusseren Gründen und gegen den ärztlichen Rath schon früher austraten, obwohl sich bei den meisten ein schöner Erfolg hätte erzielen lassen. 1 Kranke mit weit vorgeschrittener Lungentuberculose, mit grossen Cavernen, Larynx-, Drüsen-, Darmtuberculose ist gestorben. Das bisherige Resultat ist mindestens ebenso günstig, wie das in den meisten anderen Heilanstalten erzielte, so dass für die Zukunft gewiss dieselbe Statistik erwartet werden kann, wie in den Heilstätten Deutschlands und der Schweiz. Dann wird das Bewusstsein der Nothwendigkeit solcher Anstalten alle Kreise durchdrungen haben, und es wird sich endlich der Wunsch nach einer grösseren Anzahl ähnlicher Humanitätsinstitute realisiren, so dass auch in Oesterreich dem Fortschreiten der Tuberculose endlich ein Ende gemacht werde. — (Wiener klin. Wochenschr.)

Bücher-Anzeigen.

Praktische Ohrenheilkunde. Von Dr. A. Eitelberg. Mit 57 Abbildungen. Wien 1899. Alfred Hölder.

Der Autor entschuldigt sich in dem Vorwort ob der Herausgabe seines Buches bei der angeblichen Ueberfülle an Lehrbüchern und meint: „Wer bei der Hand genommen und an den Klippen und Riffen der otiatrischen Praxis vorbeigeführt sein will“ werde ihn lesen. „Ich

habe" — sagt der Vf. — „die Ohrenheilkunde überall, wo es anging, vom rein menschlichen Standpunkte aus betrachtet und bin infolge dessen auch etwas subjectiver in der Darstellung geworden, habe mich aber dabei bestrebt, stets wahr zu bleiben." „Gibt es denn überhaupt eine objective Darstellung?" fragt der Vf. Nun, wir wollen uns hier nicht in eine Wort- und Begriffserörterung einlassen, glauben aber, dass das Subjective in der Darstellung des Autors zumeist in der eigenthümlichen sprachlichen Ausdrucksweise gelegen scheint. Der Vf. liebt es lebhaft, tropenreich zu schreiben, es finden sich aber neben manchen hochtrabenden mitunter auch populäre, witzig sein sollende Redewendungen vor. Das ist Temperaments-, Geschmacksache, worüber nicht zu streiten ist. Der wesentliche Inhalt des Buches ist ja doch die Ohrenheilkunde und in Bezug auf diese entspricht das Buch ganz dem zu Grunde gelegten Zwecke.

Nach kurzer Besprechung der Untersuchung und des Krankenexamens folgt die Darstellung der Krankheiten des äusseren, mittleren und inneren Ohrtheils, denen je ein Abriss über Anatomie und Physiologie vorausgeschickt ist.

Wir müssen es uns hier leider versagen, ins Einzelne einzugehen, da dies zu weit führen würde, können aber im Allgemeinen aussprechen, dass der Vf. den gesammten Stoff nach seinen in der poliklinischen Schule und in seiner eigenen Praxis gemachten Erfahrungen erschöpfend abhandelt, öfter durch interessante Casuistik erläutert, wobei auch die einschlägige Literatur bis in die neueste Zeit herangezogen ist. Den chronischen Mittelohraffectionen, zumal der eiterigen, als einer der häufigsten und wichtigsten, ist der breiteste Raum zugemessen, und nimmt der Vf. hier auch Gelegenheit, die in Betracht kommenden consecutiven Krankheiten der Sinus, des Hirns und seiner Häute, sowie die operative Behandlung, Eröffnung des Warzenfortsatzes, Freilegung der Mittelohrräume ausführlich zu schildern.

Als Anhang führt der Vf. noch die Vorschriften über die Wehrpflicht Ohrenleidender in Oesterreich und Deutschland, sowie ferner die Erkrankungen des Gehörorganes und das Versicherungswesen an und schliesslich noch ein Sachregister.

So möchten wir denn gegenüber dem reichen Inhalte des Buches (471 Seiten) und den mancherlei praktischen Fingerzeigen den Satz, der dem Autor Seite 289 aus der Feder geschlüpft: „Ein Arzt, welcher nur nach dem, was er in irgend einem Buche aufgelesen hat, vorgehen wollte, wäre ein verlorener Mann, und übel gebettet wäre auch sein Client" — auch hier nicht gelten lassen. Die Ausstattung des Buches seitens der Verlagshandlung ist eine ausgezeichnete. B.

Handbuch der Cystoskopie. Von Dr. Leopold Casper. Verlag von Georg Thieme, Leipzig.

Unter den Zweigwissenschaften der modernen Urologie sind in neuester Zeit die Cystoskopie, und die aus derselben hervorgegangene Ureterensondirung am meisten in den Vordergrund getreten, als Behelfe, welche nicht nur den diagnostischen Wirkungskreis der Disciplin er-

weitern, sondern auch das directe therapeutische Eingreifen wirksamst zu unterstützen vermögen. Dieses Aufblühen ist nicht zum geringsten Theil den eifrigen Bemühungen C's. zu verdanken, dessen gediegene Leistungen im Vereine mit den Arbeiten Nitze's den jüngsten Fortschritt des Faches markiren. Was mit der Beleuchtung der Blase erreicht werden kann, was die Sondirung der Harnleiter aufzudecken gestattet, stellt Vf. in dem vorliegenden Handbuch in übersichtlicher Anordnung und klarer Fassung dem Lernenden zur Verfügung, der bei praktischer Bethätigung im Fache die nöthige Anleitung aus dem Buche schöpfen kann.

Im Anschlusse an geschichtliche Daten und die Beschreibung des Instrumentariums der modernen Cystoskopie, bespricht Vf. die anatomischen und physiologischen Verhältnisse der Harnröhre und Blase, um dann der Technik der Blasenbeleuchtung in allen Details ausführlich gerecht werden zu können. Die Bilder der normalen und dann der krankhaft veränderten Blase erfahren in den nächstfolgenden Abschnitten eine gründliche Würdigung, welche keine der neuerdings eruirten Symptomenbilder (ranulaartige Bläschen Albarrans, die von Viertel beschriebenen Bläschen, irritable Bladder, bullöses Oedem, Hydatidenblasen etc.) vermissen lässt.

Der vom Vf. so wesentlich geförderte, von ihm übrigens auch vielfach schon monographisch abgehandelte Ureterenkatheterismus, dessen diagnostische Bedeutung bei Blasen- und Nierenkrankheiten, ist in einem längeren Capitel behandelt, ebenso die Sonderheiten, welche bei Untersuchung der weiblichen Blase in Bezug auf Veränderungen des Genitalapparates unterlaufen.

Was die cystoskopische Therapie betrifft, so findet die pelveorenale Injection bei Pyelitis, die Behandlung von Steineinklemmungen im Ureter, von Harnleiterfisteln, sowie die unserer Ansicht nach allerdings nur beschränkte Verwerthbarkeit des Operationscystoskops, entsprechende Berücksichtigung.

Zum Schlusse bespricht C. die Photographie der Blasenbilder, sowie die Verwendbarkeit der Röntgenstrahlen für die Diagnose der Harnorgane. Für die Brauchbarkeit der Ersteren sprechen die vom Vf. beigegebenen 28 Originalphotographien von Fällen seiner Praxis, welche allerdings erst durch die nebengestellten, nach der Natur gemalten Farbenbilder zu voller Deutlichkeit gelangen.

Die Röntgenographie vermochte Vf. ebensowenig, als der auf diesem Gebiete sehr versirte Levy-Dorn (Berlin) der Urologie dienstbar zu machen, indem die Skiagraphie die Erkennung selbst von Steinbildungen nur mangelhaft ermöglicht. Die kräftigsten Bilder liefern noch die Oxalate, ihnen schliessen sich die Phosphate an, während die häufigen Urate nur lichtere Schatten werfen. Nierensteine am Lebenden deutlich in ihren Umrissen auf die Platte zu bringen, ist bisher noch nicht gelungen. Die Untersuchungen auf Blasensteine haben mehr Glück gehabt. N.

Herausgeber und verantwortlicher Redacteur: Dr. M. Heitler. — Verlag von Moritz Perles.
Druck von Johann N. Vernay in Wien.

Aus der Abtheilung für Krankheiten der Geschlechts- und Harnorgane der Allgemeinen Poliklinik (Docent Dr. J. Grünfeld).

Zur causalen Therapie der Blennorrhöe.

Von Dr. G. Nobl,

emerit. Assistent des k. k. Allgemeinen Krankenhauses.

Seitdem die Lehre der Blennorrhöe in ätiologischer Hinsicht auf eine sichere, wissenschaftlich einwandfreie Grundlage gestellt erscheint, haben auch die Gesichtspunkte, welche dem therapeutischen Vorgehen als Richtschnur dienten, eine der neu erworbenen Kenntniss entsprechende Wandlung erfahren müssen. Während die früher fast ausschliesslich geübte, mehr symptomatische Behandlungsart mit den meist nur rein adstringirend wirkenden Medicamenten, vorzüglich nur eine Verschlechterung des Nährbodens zu erzielen im Stande war, ist die moderne Therapie der Blennorrhöe in erster Linie eine causale geworden, indem sich dieselbe hauptsächlich auf die Entwicklungshemmung und Vernichtung der Krankheitserreger des Processes richtet.

So beherrschen die bactericid wirkenden Antiblennorrhoica seit geraumer Zeit den Heilplan und immer noch gelangen neuere Verbindungen und Applicationsmethoden in Verwendung, welche die wirksamen Principien noch potenzirter aufweisen sollen, als die bereits bekannten.

Bei der gleichmässigen Betonung der günstigen Verwendbarkeit aber, welche den vielen im Laufe des letzten Decenniums zur Verordnung gelangten Heilmitteln ausnahmslos zugesprochen wird, muss es dem Praktiker recht schwer werden, aus der reichen Fülle des Empfohlenen das herauszugreifen, was wirklich zu einer Bereicherung seiner Receptur beizusteuern vermag; zumal ihm die Möglichkeit benommen ist, an eigenen Versuchsreihen den Heilwerth der einzelnen Präparate zu erproben. Von dieser Erwägung ausgehend, haben wir es uns zum Ziele gesetzt, an dieser Stelle jene neueren Antiblennorrhoica in vergleichende Betrachtung zu ziehen, deren specielle Indicationen uns meist in jahrelanger Beobachtung an einem grossen

Krankenmateriale geläufig wurden und welche unseres Erachtens sich als bleibende Bereicherung des Heilschatzes behaupten dürften.

In der bunten Reihe der hieher zu rechnenden Erzeugnisse der modernen pharmaceutischen Chemie sind die verschiedenen Silberpräparate an wichtigste Stelle getreten, welche insgesammt durch eine Steigerung des Silbergehaltes und Beseitigung unangenehmer Nebeneigenschaften eine Verbesserung der Heilwirkung anstreben. Als den werthvollsten Vertreter dieser Medicamentengruppe haben wir das von Neisser empfohlene (Dermatol. Centralbl. Nr. 1, 1897) Protargol schätzen gelernt, welchem wir auch in dieser Besprechung, ohne Berücksichtigung der chronologischen Reihenfolge, an erster Stelle Raum geben wollen. Ueber das Heilvermögen dieser Verbindung können wir uns gleich wie über die Wirkungsweise der noch weiter zu erörternden Präparate an der Hand von klinisch und bacteriologisch explorirten Versuchsserien äussern, welche sowohl der grossen Zahl der in ihnen enthaltenen Einzelbeobachtungen nach als auch in Bezug auf die Vielgestaltigkeit des Materials, ein abschliessendes Urtheil gestatten.

A. Eichengrün (Pharmac. Centralhalle Nr. 39, 1897) ist es gelungen, mit Hilfe gewisser Proteïnstoffe Silberverbindungen zu erhalten, welche das Silber nicht nur in maskirter Form, sondern auch in organischer Bindung, d. h. statt in Form eines Salzes oder Doppelsalzes in fester Verbindung mit dem Proteïnmolecül selbst enthalten. Diese Verbindungen werden nicht nur nicht durch Alkalien oder Schwefelalkalien, sondern auch nicht durch Säuren gespalten und sind infolge dessen in ihrer physiologischen Wirkung von jeglichem chemischen Einfluss unabhängig, während das Argonin, obwohl es das Silber in maskirter Form enthält, dasselbe doch durch Säuren leicht abspalten lässt.

Die therapeutisch wirksamste Verbindung dieser neuen Classe von Silberpräparaten ist das Protargol, welches von den Farbenfabriken vormals Friedrich Bayer und Comp. in Elberfeld in den Handel gebracht wird. Das Protargol ist ein staubfeines hellgelbes Pulver, welches sich im Gegensatz zu anderen Präparaten ohne jegliche Cautelen leicht in Wasser löst, insbesondere wenn man es zunächst anfeuchtet und dann erst die Hauptmenge des kalten oder lauwarmen Wassers unter Umrühren zugibt. Die

völlig klaren, hellbraunen Lösungen, die sich bis zu einem Gehalt von 80% darstellen lassen, reagiren vollkommen neutral, verändern sich nicht beim Erwärmen, sondern werden nur bei längerem Erhitzen oder andauernder Belichtung dunkel gefärbt, weshalb auch die Lösungen in dunklen Flaschen zu dispensiren sind. Einen Wechsel der Reaction, namentlich dass die Lösungen sauer reagirend werden, habe ich nie wahrnehmen können, obwohl ich wiederholt mein Augenmerk hierauf gerichtet hatte; selbst Monate alte Solutionen zeigten stets die neutrale Reaction.

Der Gehalt des Protargols an Silber beträgt 8·3% und ist hiedurch dem noch zu erwähnenden Argonin mit 4·2% und dem Argentamin mit 6·3% überlegen. Wässerige Protargollösungen werden weder durch Eiweiss- noch durch verdünnte Na Cl-Lösungen gefällt; man kann im Gegentheil die Beobachtung machen, dass sich das Protargol in eiweisshältigen Medien, z. B. Ascitesflüssigkeit, Bouillon etc. leichter und noch rascher löst, als in Wasser, welcher Eigenschaft wohl auch ein Theil der therapeutischen Wirkung des Medicaments zuzuschreiben ist. Concentrirte Kochsalzlösung zu wässeriger Protargollösung hinzugefügt, verursacht zwar einen Niederschlag, der aber nicht aus Chlorsilber besteht, sondern das Protargol in unveränderter Form enthält, das durch Zusatz von H_2O wieder in die ursprüngliche Lösung übergeführt werden kann.

Die desinficirenden Eigenschaften des Protargols hat zunächst Benario (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 49, 1897) zum Gegenstande der Prüfung gemacht und geht aus dessen exacten Untersuchungen hervor, dass dieses Präparat vielen der gebräuchlichen Antigonorrhoicis an entwicklungshemmendem Vermögen gleichkommt, in Bezug auf bactericide Kraft aber den meisten derselben, namentlich gewissen Silberpräparaten, weit überlegen ist.

Zur Feststellung des entwicklungshemmenden Vermögens dienten Diphtheriebacillen, Milzbrand, Typhus, Bacterium coli, Staphylococcus pyogenes aureus und albus als Versuchsobjecte, welche nicht mehr zur Entwicklung gelangen konnten, wenn 1 cm^3 einer 0·5%igen Protargollösung 9 cm^3 Agar hinzugesetzt wurden. Bei niedrigem Protargolgehalt des Nährbodens entwickelten sich verkümmerte Colonien, die auch zeitlich später angingen und bei mikroskopischer Betrachtung ein zerfallenes

Aussehen der einzelnen Bacterienleiber erkennen liessen. Die Tiefenwirkung des Medicaments auf Nährböden geht aus Versuchen hervor, welche an, mit 0·50%iger Protargollösung überschichteten Agarstichculturen angestellt wurden, doch möchten wir in diesen Ergebnissen nicht ohne Weiteres einen Hinweis auf die Penetrationskraft des Medicaments auch in den Geweben des Organismus erblicken.

Die für die praktische Verwerthbarkeit des Protargols wichtigere Bestimmung der bactericiden Kraft desselben wurde an Staphylococcus pyogenes aureus und albus, Typhus, Pneumococcus, Bacterium coli, sowie sporenhaltigen Milzbrandculturen vorgenommen.

Die Resultate waren für die einzelnen Species verschieden, auch bei der gleichen Bacterienart konnte man eine verschiedene Resistenz gegenüber der Desinfectionsflüssigkeit beobachten. So konnte ein Staphylococcus in sechster Generation durch 0·5%ige Lösungen in 15 Minuten, eine frisch gezüchtete Cultur hingegen durch 2%ige Lösungen erst nach 20 Minuten abgetödtet werden. Typhusbacillen, Bacterium coli, Pneumococcus starben in 1%iger Lösung nach 5—7 Minuten, in eiweisshaltigen Medien sicher nach drei Minuten ab, auch die Milzbrandsporen wurden nach relativ kurzer Entwicklung vernichtet. Diesen von Benario erzielten Resultaten ähnliche gehen auch aus Desinfectionsversuchen hervor, die mit dem Protargol an der Klinik Neisser in Breslau (Anfang 1898) angestellt wurden.

Bei den Züchtungen auf Agarröhrchen, denen Protargol zugesetzt war, wuchsen Prodigiosus, Staphylococcus pyogenes aureus, Tetragenus, Pyocyaneus, sporogener Milzbrand, Diphtherie und Cholera noch bei einer Concentration von 1 : 5000, während bei 1 : 2000 kein Wachsthum mehr eintrat. Es zeigte sich auch, dass das Protargol in klinisch anwendbaren Lösungen solche von Argentum nitricum, Argentamin und Argonin bezüglich seiner Desinfectionskraft übertrifft, da Aufschwemmungen von Prodigiosus, sporogenem Milzbrand, Typhus, Coli, Cholera asiatica, Staphylococcus pyogenes albus und aureus, sowie von Pyocyaneus viel früher als durch die anderen Silbersalze abgetödtet wurden. Ganz besonders auffällig günstig erwies sich die Kraft des Protargols gegenüber Gonokokken. Durch Versuche, welche an Milzen durch sporogenen Milzbrand getödteter Mäuse ausgeführt wurden, ergab sich, dass Protargol auch im Gewebe

bedeutend stärker desinficirend als Argent. nitric. an den klinisch vergleichbaren Concentrationen wirkt.

Die vorhin angedeutete chemische Constitution, sowie das parasiticide Vermögen statten das Protargol mit einer Reihe vorzüglicher Eigenschaften aus, welche dem Medicamente einen hervorragenden Platz unter den Antiblennorrhoicis sichern und, wie wir es gleich hier betonen möchten, insbesondere bei der Behandlung der acuten Blennorrhöe wirksamst zur Geltung gelangen.

So ermöglicht der Mangel einer jeden ätzenden oder corrosiven Nebenwirkung die frühzeitige Application des Protargols in therapeutisch wirksamer Concentration, selbst im acutesten Stadium der Blennorrhöe, indem die Injectionen weder von namhaften Reizerscheinungen gefolgt werden, noch aber den Pat. irgendwie nennenswerthe Beschwerden verursachen.

Aus dieser geringen Reizwirkung ergibt sich der weitere Vortheil, dass man das Medicament auf die afficirte Schleimhaut beliebig lange einwirken lassen kann, ohne hievon den geringsten Schaden zu sehen. Je länger das Desinfectionsmittel mit der inficirten Schleimhaut in Contact zu bleiben vermag, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass sowohl die der Oberfläche anhaftenden, wie auch die aus den tieferen Gewebsschichten fortwährend emporgeschwemmten, freien und endocellulären Krankheitserreger sicher abgetödtet werden. Ausserdem sind die Dauerinjectionen geeignet, dem Medicamente zwischen den aufgelockerten Epithellagen den Weg in die tieferen Gewebslagen zu bahnen, woselbst das Protargol, da es an der Oberfläche keinerlei chemische Umsetzungsprocesse erfährt, immer noch ohne eine Abschwächung seiner parasiticiden Kraft, den Gonokokken an den Leib zu rücken befähigt ist.

Ueber die Dauer und Zahl der einzelnen Verweilinjectionen lassen sich keine allgemein giltigen Angaben machen; von der ursprünglichen Neisser'schen Verordnung, anfangs täglich eine halbstündige und zwei Injectionen zu fünf Minuten, später nur eine einzige prolongirte Injection per Tag machen zu lassen, bin ich vielfach, oft nur aus äusseren Gründen und nicht zum Schaden der Kranken, abgegangen. Meist verhalte ich die Kranken zu täglich dreimaliger Injection von 8—12 cm^3 der vorgeschriebenen Protargollösung unter Beachtung der gewiss allgemein geläufigen Cautelen der Injectionstechnik. Die ein-

gespritzte Flüssigkeitsmenge wird anfangs, wenn es sich um ganz acute mit profuser Secretion einhergehende Fälle handelt, jedesmal durch zehn Minuten in der Harnröhre belassen. Den Verschluss der Urethralmündung besorgt der Kranke am besten selbst mittelst leichter Digitalcompression, welche den in letzter Zeit zu diesem Zwecke vorgeschlagenen maschinellen Behelfen bei Weitem vorzuziehen ist. Tritt beim Verschliessen der Urethrallefzen eine Ermüdung der comprimirenden Finger ein, was ja häufig der Fall sein kann, so wechselt der Kranke einfach die Finger, wobei auch nicht ein Tropfen der eingespritzten Flüssigkeit auszutreten braucht. Die für die Dauerinjectionen angegebenen meist complicirten Verschlussapparate hingegen können beim Anlegen kaum das Ausspritzen der Injectionsflüssigkeit hintanhalten und verursachen ausserdem dem Kranken durch die Compression und Quetschung der so wie so schon entzündlich irritirten Harnröhrenschleimhaut unangenehme Sensationen und Schmerzen.

Ist nach einiger Zeit keine bedeutende Abnahme der Secretion wahrzunehmen, so combiniren wir die Behandlung mit Adstringentien, und zwar meist in der Weise, dass der Kranke Morgens und Mittags eine Protargolinjection, Abends einen Einlauf einer ¼—½%igen Zinc. sulfocarbol-Lösung erhält. Die Protargolinjectionen werden selbst nach dem dauernden Schwinden der Gonokokken aus dem Secrete oder den Filamenten noch durch einige Zeit einmal täglich bei verkürzter Applicationsdauer (3—5 Minuten) fortgesetzt und erst allmälig, meist nach alternirender Anwendung mit Astringentien, gänzlich aus dem Heilplane ausgeschaltet.

In ganz acuten Ersterkrankungen mit kurzer Incubationsdauer empfiehlt es sich, mit ½%igen Solutionen zu beginnen und die Concentration des Medicamentes nach entsprechenden Intervallen bis auf 1½ und 2% zu erhöhen. Die in solchen Fällen unmittelbar nach der prolongirten Einwirkung der Injection wahrnehmbaren Reactionserscheinungen sind meist nur geringfügiger Natur. Die Urethralschleimhaut präsentirt sich bei der endoskopischen Betrachtung succulent, serös durchfeuchtet, mattglänzend und minder hyperämisch, als es dem Krankheitsstadium entsprechen würde. In das Endoskop drängt sich in beträchtlicher Menge eine grauweisse, wässerige Flüssigkeit, die, mikroskopisch betrachtet, fast ausschliesslich aus grossen Massen von

isolirten und in Verbänden gelagerten cubischen Epithelzellen besteht und Leukocyten nur in ganz spärlicher Zahl aufweist. Subjectiv sind die Kranken durch das Medicament meist gar nicht alterirt, doch gibt es auch hier Ausnahmen, und zwar sind es nicht immer die empfindlichsten Leute, welche in diese Kategorie rangiren. Das ab und zu vermerkte brennende Schmerzgefühl ist weder von der Acuität und Ausbreitung der Entzündungserscheinungen, noch von der Einwirkungsdauer des Medicamentes abhängig, vielmehr scheinen hiebei tiefergreifende Epitheliallàsionen, namentlich Erosionen der Schleimhaut, mit im Spiele zu sein.

Kranke, die zu wiederholten Dauerinjectionen verhalten werden, machen häufig die Angabe, dass sie, einige Minuten nach der vorgenommenen Injection, in der Tiefe der Harnröhre eine nicht näher definirbare zuckende Bewegung verspüren, und in solchen Fällen, häufig aber auch ohne dass eine ähnliche Sensation vorangegangen wäre, die Wahrnehmung machen, dass die nach beendeter Retention herausgelassene Flüssigkeitsmenge oft nur einen geringeu Bruchtheil des ursprünglich injicirten Quantums beträgt. Eine Erscheinung, welche in der temporären Erschlaffung des Compressor urethrae ihre Erklärung findet. Der längere Zeit hindurch unter dem Einflusse der Flüssigkeitssäule stehende Schliessmuskel der Harnröhre vermag nämlich ganz gut zeitweilig seinen Tonus zu verlieren und sich zu öffnen, wobei die Injectionslösung in den hinteren Harnröhrenantheil eindringen und, wenn nöthig, dort auch therapeutisch einwirken kann. Dass hiebei ein Theil der Flüssigkeit zurückgehalten wird, ist wohl leicht verständlich. Die Austrittsflüssigkeit lässt selbst bei höherer Concentration der Lösung keine Fällung nachweisen, weder mit freiem Auge noch mikroskopisch sind irgendwelche Veränderungen erkennbar, worauf wir des Oefteren unser Augenmerk gerichtet haben.

Die Beeinflussung des Secretes durch das Medicament ist vielfachen Variationen unterlegen. Meist nimmt die anfänglich grüngelbe, dichte Absonderung nach einigen Tagen einen mehr dünnflüssigen Charakter an, zeigt ein schleimig-weissliches Aussehen und wird in abnehmender Menge ausgeschieden. Häufig kommt es zu völligem Versiegen des Ausflusses, so dass man die Behandlung ohne Zuhilfenahme von Adstringentien mit dem Protargol allein zu Ende führen kann. Manchmal ist ein reactives

Einwirken auf die Mucosa seitens des Protargols insoferne zu bemerken, als die Injection namentlich in subacuten Fällen häufig nach 2—3 Stunden eine stärkere Secretion zur Folge hat, die Formelemente dieser Ausscheidung haben dann vielfach ein zerfallenes und geschrumpftes Aussehen.

Was nun den Heileffect des Protargols betrifft, so muss ich darauf zurückkommen, dass wir in demselben ein Mittel erworben haben, welches sich vorzüglich für die Bekämpfung der acuten Blennorrhöe eignet, und gerade diese ist es ja, auf welche wir unentwegt unser Augenmerk zu richten haben, um ihr und ihren verhängnissvollen Consequenzen mit Erfolg begegnen zu können. Unter den acuten Fällen wieder lassen sich die besten Heilresultate bei denjenigen erzielen, welche eine nur kurze Incubation hinter sich haben, erst seit wenigen Tagen bestehen und von nicht zu stürmischen Entzündungserscheinungen begleitet sind. Bei solchen Kranken gelingt es häufig, die Gonokokken in wenigen Tagen aus dem Secrete zum Schwinden zu bringen und den Katarrh in kürzester Zeit zu beherrschen. Mein Protokoll, das ich über die ersten zweihundert von uns mit Protargol behandelten Fälle genau geführt habe, weist in nicht geringer Anzahl hierher zu zählende Wahrnehmungen auf, die ich jedoch nicht weiter erörtern will, ebenso liegt es nicht in meiner Absicht, an dieser Stelle statistische Daten über die Heilungsdauer anzuführen, zumal mir die Präcisirung derselben nach Tagen und Wochen für die Beurtheilung des Heileffectes das Medicament viel zu wenig bestimmend erscheint.

Betonen muss ich jedoch, dass es sich in dieser Gruppe von Fällen geradezu um ideale Heilungen handelt, indem die nach dem Sistiren der Therapie noch wochenlang explorirten Kranken nach den grössten Mictionsintervallen einen filamentfreien Harn zeigen und Abstreifpräparate der Urethralschleimhaut keine parasitären Einlagerungen erkennen lassen. Ermuthigt durch diesen vielfach erreichten coupirenden Effect des Protargols bin ich in letzter Zeit unter Anwendung höher concentrirter Lösungen zu Abortivversuchen übergegangen, von welchen ich mir bei der Penetrationskraft des Medicamentes und der anfänglich doch nur oberflächlichen Ausbreitung des Infectionsprocesses einen besonderen Nutzen versprechen musste.

Bei den zum Zwecke der Abortion vorgenommenen Injectionen bediene ich mich einer 5%igen Lösung, von welcher ich

mit der gewöhnlichen Injectionsspritze je nach dem Fassungsraume der Pars anterior 6—12 cm^3 langsam injicire und die Lösung 5—10 Minuten auf die Schleimhaut einwirken lasse. Die Beschwerden der Kranken sind hiebei meist nicht grösser, als bei der Einspritzung irgend einer indifferenten Flüssigkeit und werden höchstens als ein leichtes Brennen bezeichnet. Endoskopirt man nach 10 Minuten langer Ueberschichtung mit 5%iger Protargollösung die Urethra, so zeigt die Schleimhaut eine matte, wie fein bestaubte, zimmtbraune Oberfläche, welche einen dünnen Belag leicht abstreifen lässt; unter dieser Deckschichte tritt dann die tief dunkelrothe, stark hyprämische, feuchtglänzende, leicht blutende Mucosa zu Tage. Mikroskopisch ist dieser Belag als massenhaft abgelöstes Epithel in den verschiedensten Proliferationsstadien zu erkennen, wobei die einzelnen Zellen Schrumpfungserscheinungen und degenerative Veränderungen des Protoplasmas erkennen lassen, so dass man dem Protargol in höheren Concentrationen nebst dem parasiticiden Einflusse doch eine wenn auch nur milde Aetzwirkung zusprechen muss. Auch hiebei zeigt sich der besondere Vorzug des Protargols im Vergleiche zu anderen Silberpräparaten, da nachträglich nie bedrohliche Reizerscheinungen aufzutreten pflegen, so dass man den Coupirversuch in jedem Falle ohne Bedenken wagen kann. Freilich wird das Gelingen von der richtigen Auswahl des Materiales abhängen. Am meisten eignen sich Fälle, welche neben einer kurzen, 2—3 tägigen Incubationsfrist eine sich nur auf wenige Tage (1—2) erstreckende Krankheitsdauer aufweisen und mit nur mässigen entzündlichen Begleiterscheinungen einhergehen. Bei Erkrankungen dieser Art habe ich nach ein- bis zweimaliger Injection sehr häufig alle Symptome schwinden sehen.

Selbst Fälle, welche sich dem Abortivversuche gegenüber refractär verhalten, lassen im Fortgange der Behandlung ein rasches Abklingen der Erscheinungen, sowie einen milderen Verlauf erkennen. Aussichtslos ist der Versuch bei jenen Erkrankungen, in welchen auf einen frühzeitigen Tiefgang des Infectionsprocesses geschlossen werden darf, als dessen Zeichen die ödematöse Schwellung des Präputiums, die entzündliche Infiltration der Urethrallefzen, eventuell Lymphangeitis des dorsalen Lymphgefässes, profuses hämorrhagisch-purulentes Secret, Schmerzhaftigkeit der Miction etc., anzuführen wären.

Was den Zeitaufwand anbelangt, der für die gänzliche

Tilgung der Gonokokken aus dem Secrete bei der Protargolbehandlung erforderlich ist, so kann ich, abgesehen von den obenerwähnten rasch abheilenden und abortiv verlaufenden Fällen, an der Hand unseres Beobachtungsmateriales nicht die vielseitig verbreiteten optimistischen Anschauungen theilen.

Als verfehlt muss ich es hinstellen, wenn man, wie dies meist der Fall ist, das rasche Schwinden der Krankheitserreger aus dem Secrete als das Hauptkriterium der Brauchbarkeit eines Präparates betrachtet. Wollte ich hierin allein den Gradmesser für die Heilwirkung erblicken, so könnte ich bei Durchsicht unserer Versuchsreihen dem Protargol kaum einen grösseren Vorzug den gebräuchlichen Antigonorrhoicis gegenüber einräumen, doch sein Nutzen resultirt aus anderen Vorzügen.

In einem ansehnlichen Theile der Fälle sieht man gewiss nach 8—10tägiger Behandlung die Gonokokken aus dem Secrete weichen, doch lässt man es sich nicht verdriessen, die Untersuchungen regelmässig fortzusetzen, so kann man schon nach wenigen Tagen, selbst bei unausgesetzten Injectionen, das Auskeimen von neuen Parasitengenerationen verfolgen, welche dann wieder für längere Zeit das Krankheitsbild beherrschen. Trotz der Inhibitionsfähigkeit des Protargols vermag die Lösung doch nicht gleichmässig in alle versenkten intramucösen Keimstätten der Mikroorganismen einzudringen, woselbst dann die unbeeinflussten Kokken zu neuer Virulenz gelangen können und neuerdings die Schleimhautoberfläche überschwemmen. Ein Vorkommniss, dem man umso häufiger begegnet, je mehr man sich durch das baldige Wegbleiben der Gonokokken aus dem Secrete oder den Filamenten zum frühzeitigen Einstellen der Therapie verleiten lässt. Aus dem Gesagten erhellt, dass man bei der Protargolbehandlung im Allgemeinen auf eine besondere Abkürzung der Heilungsdauer kaum zu rechnen hat.

Viel höher zu veranschlagen ist es, dass der acute Process mit Zuhilfenahme des Medicamentes in den meisten Fällen ohne weitere Ausbreitung der Infection und ohne bedenkliche und langwierige Complicationen einer andauernden sicheren Heilung zugeführt werden kann und hierauf ist der Schwerpunkt zu legen. Gelangen die Fälle bald nach der Infection in die Behandlung, so gelingt es meist, die Infection in dem vorderen Harnröhrenabschnitte localisirt zu erhalten. Aber auch beim Ergriffensein der Pars posterior erreichen häufig die einfachen

Urethralinjectionen bei ihrer prolongirten Applicationsweise ein rasches Abklingen der von vorneherein meist nur milden Erscheinungen, mit welchen die Urethritis posterior einhergeht.

Handelt es sich um schwerere Formen der letzteren Art, welche eine ausgiebige Localbehandlung erheischen, so möchten wir von der Anwendung des Protargols entschieden abrathen, da wir weder von Irrigationen nach Lavaux-Bertholle mit $\frac{1}{2}$—1%igen Lösungen, noch von Ausspülungen mittelst des Katheters irgend einen nennenswerthen Nutzen gesehen haben.

Gleichwie das Protargol der Ausbreitung der Infection gegen die hinteren Harnröhrenabschnitte zu Einhalte gebieten kann, ebenso scheint es dem Fortschreiten des Processes in die Tiefe des Gewebes hemmend entgegenzutreten. Diesem Umstande glauben wir es mit zuschreiben zu können, dass wir in letzter Zeit so selten Complicationen zu Gesichte bekommen, welche durch ein Eindringen der Gonokokken in die tiefer situirten Drüsengänge und das interstitielle Bindegewebe zu Stande kommen. So ist es uns nicht erinnerlich, auch nur in einem vom Beginne der Infection an mit Protargol behandelten Falle wegen eines folliculären Pseudoabscesses chirurgisch intervenirt zu haben. Ebenso gelangen die so häufig längs dem vordersten Harnröhrentheile auftretenden kleineren periurethralen Infiltrate im Verlaufe der Protargoltherapie nur ganz ausnahmsweise zur Wahrnehmung. Die seltene Mitbetheiligung des Nebenhodens des Samenstranges und der anderen Adnexe am Erkrankungsprocesse findet in der meist milden Erscheinungsweise der Urethritis posterior ihre genügende Erklärung.

Haben wir bisher der vielen Vorzüge gedacht, welche das Protargol zu einem ausgezeichneten Antiblennorrhoicum stempeln, so können wir es doch nicht unterlassen, anzuführen, dass sich das Medicament durchaus nicht in allen Fällen bewährt, eine Erfahrung, um welche ein Jeder, dem ein grosses Beobachtungsmateriale zur Verfügung steht, bald reicher sein muss. Ohne hiefür die Ursachen angeben zu können, sehen wir in einem allerdings verschwindend kleinen Bruchtheil der Fälle selbst nach monatelanger Behandlung keinerlei Effect und müssen diese Medication durch andere Behelfe ersetzen.

Bei der chronischen Blennorrhöe ist von der Anwendung des Protargols nur insoferne ein Erfolg zu gewärtigen, als es sich hiebei noch um einen specifischen, d. h. durch Gonokokken

provocirten Process handelt. Mit Injectionen hoch concentrirter Lösungen (2—4%) gelingt es, die Mikroorganismen aus dem Secrete (namentlich wenn nur eine Urethritis anterior vorliegt) zum Schwinden zu bringen und die Erkrankung dann mittelst Adstringentien zum Abschlusse zu führen.

Präsentirt sich die Affection nur mehr in der häufigen Form der umschriebenen, tief sitzenden Gewebsalteration mit den bekannten Begleiterscheinungen, so ist von dem Protargol bei dem Mangel einer jeden kräftiger irritirenden Nebenwirkung gar nichts mehr zu erwarten. Weder Instillationen von 4- bis 8%igen Lösungen nach Ultzmann, noch Einträufelungen mittelst des Guyon'schen Injectors, vermögen das Krankheitsbild irgendwie zu beeinflussen, so dass man in diesen immer noch häufigen Fällen bald zu dem altbewährten Argent. nitric. und Cupr. sulf. greifen muss, oder auch erst von der Anwendung der mechanischen Hilfsmittel (Sondirung, maschinelle Dilatation) einen Erfolg sieht. Von den neueren chemischen Präparaten ist das später noch zu besprechende Argentamin das einzige, welches Dank seiner reizenden Nebenwirkung auch in den Fällen chronischer Blennorrhöe seine Anzeige findet.

In der Wirkungsweise wie auch bezüglich der speciellen Indicationen am nächsten steht dem Protargol das seit dem Jahre 1895 in Gebrauch stehende Argonin.

Das Präparat, eine Verbindung von Silber und Caseïn, stellt ein weisses Pulver dar, das, vorsichtig über dem Wasserbade erhitzt, eine opalisirende Flüssigkeit bildet.

Um das Argonin zur Einspritzung zu verwenden, versetzt man ein Quantum des Pulvers mit warmen Wasser und rührt dasselbe sorgfältig um, bis alle Theilchen benetzt sind. Alsdann bringt man die Mischung in ein Wasserbad von 90°, in welchem die Auflösung sich rasch vollzieht. 100 g Wasser nehmen bis zu 10 g Argonin auf, die grössere oder geringere Alkalescenz hängt von der Concentration ab. Diese von Röhman und Liebrecht (Liebrecht, Therap. Monatsschr., Juni 1895) dargestellte Verbindung hat zunächst in Jadassohn einen warmen Fürsprecher gewonnen, dem sich seither zahlreiche Nachprüfer des Medicamentes mit den günstigsten Erfahrungen anschliessen konnten. Auch unsere Statistik versetzt uns in die Lage dem Präparate bei indicirter Anwendung befriedigende Wirkung zuzusprechen.

Den Neisser'schen Thesen, welchen zufolge bei der Behand-

lung der Blennorrhöe nur Mittel zulässig sind, welche Gonokokken vernichten, die Entzündung nicht oder nur in möglichst beschränktem Masse steigern, und drittens die Schleimhaut selbst nicht verletzen, vermag dieses Silbersalz vollkommen zu genügen, womit dasselbe auch gleichzeitig seine specielle Anwendung vorgezeichnet hat.

Am meisten eignen sich unserer Erfahrung nach die ganz recenten oder subacuten Erkrankungsfälle, in welchen, selbst bei täglich oft wiederholten und auch prolongirt applicirten Injectionen, keinerlei Exacerbation der entzündlichen Erscheinungen zu verfolgen ist und die katarrhalischen Symptome alsbald eine Abschwächung aufweisen. Es drängt sich uns hier eine Beobachtung auf, die wir fast bei allen systematisch durchgeführten Versuchserien und so auch bei Verwerthung des Argonin gemacht haben, welcher wir an dieser Stelle umso eher Erwähnung thun wollen, als dieselbe in der Discussion über den Heilwerth der einzelnen Anti-Blennorrhoica meist gar nicht oder nur sehr nebensächlich berücksichtigt wird.

Es ist nämlich für den Heilwerth meist mit von Bedeutung, ob es sich bei den der Behandlung zugeführten Fällen um Ersterkrankungen handelt oder aber dem gegenwärtigen Processe bereits früher ähnliche Attaquen vorangegangen sind, wobei wir selbstredend wirkliche Neuerkrankungen, nicht etwa Exacerbationen latenter Läsionen im Auge haben und den Ausnahmen einen Spielraum reserviren. So konnte ich immer wieder feststellen, dass die Tilgung der Gonokokken bei acuter Ersterkrankung eines bei Weitem grösseren Zeitaufwandes bedarf als bei wiederholter Infection der Urethralschleimhaut; anderseits aber verfolgen wir in den Fällen mit öfterer Gonokokkeninvasion, dass das katarrhalische Nachstadium von besonders hartnäckigem Bestande ist.

Nimmt man als Kriterium der Heilung das vollständige Schwinden des Secretes an, so müssen naturgemäss die Fälle letzterwähnter Art ein ungünstiges Heilergebniss aufweisen. Blicken wir nach den Ursachen aus, welche dieser verschiedenen Verlaufsweise zu Grunde liegen könnten, so glauben wir aus den pathologisch-anatomischen Verhältnissen genügend Erklärung schöpfen zu können.

(Schluss folgt.)

REFERATE.

Interne Medicin.

Ueber die Phthise der Diabetiker. Von Dr. Blumenfeld.

Die Prophylaxe der Phthise bei Diabetikern besteht in der Therapie des Diabetes; je besser es gelingt, die Glykosurie zu beschränken, desto weniger werden Affectionen der Luftwege sich geltend machen. Der enge Verkehr mit Schwindsüchtigen sollte gemieden werden; man wird solche Kranke keinesfalls früher in Curstationen für Phthisiker schicken dürfen, ehe die tuberculöse Natur des Leidens festgestellt ist.

Therapeutisch ist die Warnung Naunyn's zu beachten, dass die Entzuckerung dem Phthisiker schädlich werden kann. Jedenfalls muss in jedem Einzelfalle die Form des Diabetes, ob er der leichteren oder schwereren angehört, festgestellt werden, abgesehen von ganz hoffnungslosen Fällen, für die das Wort Therapie nicht mehr passt. Die Beschränkung der Diät muss vorsichtig geschehen, nicht genug aber kann gewarnt werden vor der landläufigen Art, dem Diabetiker die Mehrzahl seiner Speisen auf dem Speisezettel zu streichen, ohne genaue Controle, wie diese Beschränkung auf den Zuckergehalt des Urins wirkt. Der Arzt sollte sich klar machen, dass es ebenso verkehrt ist, zumal einem phthisischen Diabetiker zu wenig, wie ihm zu viel Kohlehydrate oder diese in ungeeigneter Form zu geben. Genaue Kenntniss der Nahrung in qualitativer und quantitativer Beziehung im Vergleich mit der Zuckerausfuhr schützen allein vor einem Zustande, der dem Kranken im höchsten Masse verderblich ist. Die Kost des phthisischen Diabetikers muss durch mässige Eiweiss-, reichliche Fettzufuhr und durch auf Grund der individuellen Toleranz ermittelte Kohlehydratgaben dem Ideal einer Ueberernährung so nahe wie möglich gebracht werden. Eine klimatische Behandlung sollte nur bei leidlichem Allgemeinzustand, geringfügigen Lungenerscheinungen und leichterer Form des Diabetes da eingeleitet werden, wo eine geeignete Diät sicher gewährleistet ist; irgend schwerer Kranke bleiben besser in ihrer Heimat. Was das Höhenklima betrifft, so ist für den phthisischen Diabetiker zu befürchten, dass infolge der in grösseren Höhen wachsenden Verdunstungsgrösse die trockenen Katarrhe eine Verschlimmerung erfahren. Insbesondere erscheinen

Wintercuren dort recht gewagt; eher dürfte ein Sommeraufenthalt zu empfehlen sein. Zu warnen sind die Kranken vor Liegecuren im nordischen Winterklima. Der Diabetiker mit seiner gestörten Wärmeproduction leidet unter der Kälte unsäglich. Am besten erscheinen die gleichmässig warmen feuchten Klimate an der See geeignet. — (Therap. Monatsh. Nr. 2, 1899.)

Die Luft- und Ruhecur in ihrer Beziehung zum Körpergewicht der Tuberculösen. Von Dr. Lalesque.

Eine lange Praxis in der Phthisiotherapie ergab zwei, allerdings nicht unumstössliche Beobachtungen: 1. Ein Tuberculöser, dessen Gewicht sich erhöht, ist in Besserung begriffen, selbst wenn die anderen objectiven Symptome sich nicht ändern. 2. Ein Tuberculöser, dessen Gewicht nicht zunimmt, darf nicht als gebessert angesehen werden, selbst wenn die physikalischen Erscheinungen sich günstiger gestalten. Um bei einem Tuberculösen das Körpergewicht zu erhöhen, müssen zwei Hauptbedingungen erfüllt werden: Pro primo müssen so viele Nahrungsmittel zugeführt werden, dass nicht bloss das Gleichgewicht, sondern auch eine Ueberbilanz, ein Ansatz von Körpersubstanz sich ergibt. Durch systematisches Vorgehen lässt sich diese Bedingung viel leichter erfüllen, als man gewöhnlich meint. Pro secundo müssen die Ausgaben im Stoffwechsel auf das geringste Mass herabgedrückt werden; mit anderen Worten: der Tuberculöse soll die aufgenommenen Nahrungselemente anhäufen und gleichsam einmagaziniren; er hat nicht das Recht, sie zu verbrennen; keine Oxydation ist die Losung. Dieser zweiten Bedingung ist allerdings schwerer nachzukommen als der ersten. Denn fast jeder Tuberculöse trägt einen Feind in sich, der nicht bloss die Ueberernährung verhindert, sondern sogar eine Unterbilanz erzwingt, und dieser Feind ist das Fieber; das Fieber muss also bekämpft werden, um die zweite Bedingung zu erfüllen und den Kranken der Besserung oder selbst Heilung zuzuführen.

Das Fieber tritt als Infections-, Eiter- oder Ermüdungsfieber auf, und zwar kann jede dieser Formen nur vereinzelt oder in verschiedenen Combinationen bei demselben Individuum sich zeigen. Man weiss zur Genüge, wie schwerwiegend und hartnäckig die beiden ersten Fieberformen sind. Es führt zu nichts, die lange Reihe der hier ins Treffen gebrachten Medicamente aufzuzählen, da auch das angesehenste und beste, das Antipyrin nichts taugt; es vertreibt weder das Infections- noch

das Eiterfieber, es maskirt sie bloss, stört oder vergrössert sie auf ihrem Marsche, all das aber auch nur um den hohen Preis der Herz- und Magenschwächung. Wo nun die Antipyretica im Stiche lassen, da triumphirt gar oft die Combination einer Luftcur mit Bettruhe schon nach einigen Wochen und nicht selten nach mehreren Tagen selbst bei suppurirenden Cavernen. Es scheint, dass die reine Luft des atlantischen Litorale auf das Eiterfieber einen grösseren Einfluss ausübt als auf das Infectionsfieber. Es kommt hier die antiseptische Wirkung der keimfreien, mit Harzdämpfen imprägnirten Luft in Betracht, welche unter höherem atmosphärischen Druck bis in die Acini vordringt. Das Abfallen und Aufhören des Fiebers erlaubt dem Kranken, den grössten Theil seiner Nahrungseinnahme in Reserve zu stellen und erhöht so das Körpergewicht in oft ungeahntem Masse. Es gibt aber noch eine andere, bei den Kranken gar nicht, bei den Aerzten nur wenig bekannte Fieberart, die das Körpergewicht herabdrückt, das Ermüdungsfieber. Selbst passive Körperbewegungen erhöhen das Fieber und damit die Oxydationsprocesse bei den Phthisikern; selbst schon seit Langem fieberfreie Patienten bekommen durch eine ganz mässige Körperbewegung Temperaturen bis 38·5°; bei absoluter Bettruhe hört aber das Fieber auf. Es ist daher ganz und gar verfehlt, einen fiebernden Phthisiker aus dem Bette zu lassen oder ihn gar herumgehen zu heissen, unter dem lächerlichen Vorwande, dass die Bettruhe schwäche. Die ersten Gehversuche nach der Bettruhe müssen mit dem Thermometer in der Hand aufs sorgfältigste überwacht werden. Ob reine Luft an der Küste des Meeres oder in mässiger Bergeshöhe von dem Patienten genossen wird, darauf kommt schliesslich nicht viel an und man soll schon mit Rücksicht auf den zweiten Cardinalpunkt, Ruhe, den armen Kranken nicht zu weit in die Ferne schicken. — (Gazette des eaux; Blätt. f. klin. Hydroth.)

Ueber den therapeutischen Werth des Heroins. Von Prof. Dr. H. Leo.

Während Vf. den Werth des Heroins als Narkoticum nicht besonders hoch anschlagen kann, sind die Erfolge, welche er mit dem Mittel gegenüber verschiedenen Formen von Dyspnoë beobachtete, ausserordentlich erfreuliche gewesen. Die vom Vf. beobachteten günstigen Erfolge beziehen sich ausser zwei Fällen, wo die Dyspnoë als Theilerscheinung von Urämie bei chronischer Nephritis bestand und eine nur kurzdauernde Besserung der

Athemnoth zu beobachten war, auf acht Fälle von ausgebildetem Emphysem, auf fünfzehn Fälle von chronischer Bronchitis ohne sicher nachweisbares Emphysem mit Dyspnoë und auf fünf Fälle von Asthma bronchiale.

Nur bei einem Falle von Emphysem und bei zwei Fällen von chronischer Bronchitis blieb eine günstige Wirkung ganz aus. Bei allen anderen Fällen zeigte sich schon nach dem Gebrauch eines einzigen Pulvers von 0·005 g Heroin eine ausgesprochene Besserung.

Bei mehreren Patienten war die Wirkung geradezu zauberhaft. Die Athemnoth verlor sich schon nach 1—2 Pulvern vollständig, der Husten wurde leichter, die Patienten, die bis dahin gar nicht oder nur im Sitzen schlafen konnten, waren im Stande, die ganze Nacht liegend im Schlafe zuzubringen.

Wenn das Mittel bei Emphysem und den meisten Fällen chronischer Bronchitis fortgelassen wurde, so stellten sich bald wieder die früheren üblen Symptome ein. Doch dauerte es in mehreren Fällen 8—14 Tage lang, ehe die Patienten nach längerem Gebrauch des Heroins wieder von Dyspnoë geplagt wurden. In einem Falle von Asthma bronchiale mit mässigem Volumen pulmonum auctum hat die Besserung sogar solange angehalten, dass man vielleicht von einer wirklichen Heilung sprechen kann.

In mehreren Fällen gaben die Patienten an, dass zwar die Athemnoth nach dem Gebrauch des Heroins vermindert, dass aber gleichzeitig die Expectoration erschwert worden sei. Vf. verband dann das Heroin mit Jodkalium. Diese Combination schien wiederholt besonders günstig zu wirken. Das Heroin kann unter günstigen Umständen auch zu einer wesentlichen Besserung und eventuell auch zu einer wirklichen Heilung der von der Bronchialschleimhaut ausgehenden, mit Dyspnoë verbundenen Erkrankungen führen. Es ist wahrscheinlich, dass durch die bessere Ventilation der Lunge auch die katarrhalische Bronchialschleimhaut günstig beeinflusst wird, zumal, wenn gleichzeitig Mittel angewandt werden, welche in diesem Sinne unterstützend wirken. Vf. gibt 0·005 g pro dosi, zwei- bis dreimal täglich ein Pulver, da bei der Dosis von 0·01 sich Uebelkeit und Schwindelgefühl, einmal sogar ein Ohnmachtsanfall einstellte. Bedrohliche Erscheinungen haben sich bei dieser Dosirung nicht wieder gezeigt. Doch klagten die Patienten nicht selten über

Benommenheit des Kopfes und Uebelkeit. Es dürfte sich empfehlen, unter Umständen die Dosis noch mehr herabzusetzen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 12, 1899.)

Ueber subcutane Injectionen von Heroinum muriaticum. Von A. Eulenburg.

Das Heroinum muriaticum ist ein neutrales, schon in kaltem Wasser sehr leicht lösliches Salz des Heroins; die zur subcutanen Injection benutzten Lösungen werden in der Weise angefertigt, dass das Wasser vorher mehrere Minuten lang gekocht und erst in dem wieder erkalteten Wasser das Medicament gelöst wird. Man verordnet am besten eine 2%ige Lösung (1:50):

Rp. Heroini muriatici 1·0
solve in
Aquae destillatae sterilisatae 50·0
S. 2%ige Heroinlösung zur subcutanen Injection.

Vf. hat nahe an 300 Injectionen bei den verschiedensten Individuen und an den verschiedensten Körperregionen ausgeführt. Die Injectionen sind bei Anwendung der gewöhnlichen Cautelen durchaus schmerzlos und hinterlassen keine üblen örtlichen Folgen. Was die Einzeldosis betrifft, so hat sich herausgestellt, dass man mit dem Heroin im Allgemeinen unter der für das Morphium üblichen Dosis bleiben kann, jedenfalls nicht, wie beim Codeïn, über die Morphiumdosis hinausgehen darf. In einem Falle, wo Vf. bei einem an Morphium sehr gewöhnten Manne 0·02 (eine Spritze der obigen Lösung) injicirte, trat Uebelkeit, allgemeines Unbehagen, Schwindelgefühl, dann Abspannung, grosse Müdigkeit und mehrstündiger Schlaf ein. In dem zweiten Falle, bei einer schwächlichen anämischen Frau, der wegen Ischias 0·012 Heroinum muriaticum in die linke Glutäalgegend injicirt wurde, erfolgte nach kaum fünf Minuten Schwindel, Uebelkeit und mehrmaliges Erbrechen, worauf ein Zustand allgemeiner Mattigkeit und Schwächegefühl noch für einige Stunden zurückblieb. Man soll daher die Dosis von 0·01 pro injectione nur in Ausnahmefällen und nur bei vorsichtiger allmäliger Steigerung überschreiten, mit der Anfangsdosis jedenfalls auch bei Erwachsenen eher noch darunter bleiben.

Anderweitige Nachtheile hat Vf. bei der Anwendung der subcutanen Injection von Heroinum muriaticum in der angegebenen Dosis niemals beobachtet. Die Linderung des Hustenreizes, die

antiasthmatische und antidyspnoische Palliativwirkung kommen bei der subcutanen Injection rascher und intensiver zur Geltung als bei interner Darreichung. Auch die eigentlich narkotische, wenigstens die antineuralgische Wirkung bei subcutaner Injection möchte Vf. nicht niedrig veranschlagen, er hat bisher bei schmerzhaften Affectionen der verschiedensten Art, Trigeminusneuralgie, Intercostalneuralgie, Ischias, rheumatischen Myalgien und Arthralgien u. s. w. so ziemlich die gleichen Palliativwirkungen gefunden, wie man sie bei durchschnittlich etwas grösseren Morphiumdosen anzutreffen gewohnt ist. Einen ganz besonderen Werth legt Vf. dem Gebrauche des Heroinum muriaticum bei solchen Patienten bei, die an subcutanen Morphiumgebrauch seit längerer Zeit gewöhnt sind und bei denen durch Ausscheidung des Morphiums von der Magenschleimhaut Störungen der digestiven Functionen und ein Darniederliegen der gesammten Ernährung leichter unterhalten werden. Er hat bei zwei solchen Patienten, die Tagesdosen von 0·03, resp. 0·025 Morphium (auf 4—5 Injectionen vertheilt) nicht entbehren konnten, das Morphium leicht und ohne jedes Widerstreben seitens der Patienten durch Heroin ersetzt und ist dabei in Kurzem auf 0·013 in dem einen, auf 0·01 (0·009) in dem anderen Falle heruntergegangen; die Zahl der Injectionen konnte von 4—5 auf 2—3 vermindert werden, das subjective Wohlgefühl war viel länger anhaltend und von keinen dyspeptischen Störungen getrübt, Appetit und Ernährung besserten sich zusehends.

Das Heroinum muriaticum ist nicht bloss für die subcutane, sondern auch für die innere Darreichung geeignet und vor dem reinen Heroin überall da zu bevorzugen, wo man das Mittel in flüssiger Form (Tropfen und Mixtur) darzubieten beabsichtigt. Auch hier soll man die Einzeldosis 0·005—0·01 (drei- bis viermal täglich) im Allgemeinen nicht übersteigen. Wenn auch Thierversuche ergeben haben sollen, dass die tödtliche Dosis beim Heroin erst das Hundertfache — beim Codeïn schon das Zehnfache — der wirksamen Arzneidosis beträgt, so wird es sich doch einstweilen empfehlen, mit der Tagesdosis nicht wesentlich über 0·03 hinauszugehen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 12, 1899.)

Ueber die äussere Anwendung der Salicylsäure. Von Dr. A. W. K. Müller. (Klinik des Prof. Mosler in Greifswald.)

Bei den ersten Versuchen verwendete Vf. das von Ruel empfohlene Salicylsäure-Alkoholöl, bestehend aus 20·0 Acid.

salicyl., 100·0 Alkohol und 200·0 Ol. Ricini. Auf alle erkrankten Gelenke oder auch auf ganze Extremitäten, eventuell auf Brust und Rücken wurde ein Verband applicirt. Derselbe bestand aus einer in das Salicylöl getauchten und ausgedrückten, etwa 1 cm dicken Schicht Wattemull, darüber eine abschliessende Lage wasserdichten Verbandstoffes, mit einer dickeren Schicht nicht entfetteter, sogenannter Polsterwatte und Binde umwickelt. Der Erfolg dieser Methode war ein frappanter; der Vortheil lag einestheils in der directen Application auf die erkrankten Gelenke, anderseits in dem gänzlichen Fehlen gastrischer Störungen und in bedeutender Verminderung der sonstigen lästigen Nebenwirkungen. Patienten, die ausserhalb des Krankenhauses längere Zeit, in einem Falle 10, in zwei anderen 14 Tage, täglich innerlich Salicyl bis etwa 30 g im Ganzen erhalten hatten, waren nach dreitägigem Verbande, der täglich erneuert wurde, fieberfrei und zeigten fast keine Schwellungen und Schmerzen an den erkrankten Gelenken. Zugleich mit der Entfieberung und dem Abschwellen der Gelenke traten eine wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens und grössere Bewegungsfähigkeit der vorher fast steifen Gelenke ein. Bemerkenswerth war auch das fast plötzliche Aufhören der gastrischen Beschwerden oder die Besserung des Appetits, der in den meisten Fällen stark vermindert war. Später benutzte Vf. die von Ziemssen empfohlene Salbe, bestehend aus 10·0 Acid. salicyl., 10·0 Ol. Terebinth., 30·0 Lanolin und 50·0 Ungt. Paraffin., welche auch noch applicirt wurde, wenn schon mehrere Tage keine Erscheinungen mehr bestanden. Zur Vereinfachung der Methode versuchte Vf. das Vasogen als Vehikel zu verwenden.

Die Versuche mit 10%iger Salicylsäure haben bei acutem Gelenkrheumatismus im Allgemeinen noch zufriedenstellendere Resultate ergeben. Die Resorption ging etwas schneller vor sich, die Allgemeinwirkung war die gleich gute, vielleicht noch etwas prompter und schneller eintretend. Die Wirkung auf die Haut dagegen eine bedeutend mildere, es trat zwar Röthung, aber nur eine geringe Desquamation ein, so dass über 10 Tage das Mittel gut vertragen wurde. Bedingung für den Erfolg ist auch hier die Verwendung von nicht entfetteter Watte (Polsterwatte) in nicht zu dünner Schicht. Zur Einreibung der Extremitäten, sowie des Rumpfes genügen etwa 100 g. Auch hier müssen die Einreibungen und Umwickelungen noch einige Zeit nach Auf-

hören der Krankheitserscheinungen zur Verhütung von Recidiven fortgesetzt werden.

Die äussere Salicylanwendung wurde auch bei chronischem Gelenk- und Muskelrheumatismus versucht und entsprechend dem Charakter dieser eine allerdings langsamere Heilung erzielt. Weiterhin wurde zweimal das Oel und zweimal das Vasogen bei Ischias mit gutem Erfolge angewendet.

Nach Aufhören der Krankheitserscheinungen empfiehlt sich die innerliche Darreichung von Salophen in mittleren Dosen. — (Therap. d. Gegenw. Nr. 3, 1899.)

Die harnsaure Diathese. Von Dr. Friedrich Kölbl.

Die Behandlung der Gicht, bezw. der harnsauren Diathese soll in erster Linie eine diätetische sein. Nur wenn der Patient genug Energie besitzt, sich vom ersten Auftreten der Krankheit an in Bezug auf seine Nahrung und Lebensweise ganz den ihm vom Arzte vorgeschriebenen Anordnungen zu fügen, kann von einem dauernden therapeutischen Erfolge die Rede sein. Die Behandlung muss im Besonderen das Alter, die Constitution, den Kräftezustand und die individuellen Lebensgewohnheiten eines jeden Kranken für sich berücksichtigen. Es ist darum nicht zweckmässig, eine und dieselbe Diätvorschrift, resp. Behandlungsweise, bei allen Gichtkranken gleichmässig in Anwendung zu bringen.

Bei der Diät kommt es im Allgemeinen mehr auf die Quantität als auf die Qualität der Nahrung an. Da die meisten Gichtkranken fettleibig sind, wird zunächst in solchen Fällen eine Behandlung der Fettleibigkeit von Vortheil sein, und es wird nach einer erfolgreichen Behandlung derselben der Gicht leichter beizukommen sein, als im entgegengesetzten Falle. Bei der Behandlung der Fettleibigkeit hat man zu berücksichtigen, dass es keinen Sinn hat, den Patienten eine bestimmte Sorte von Nahrungsmitteln als allein schädlich zu verbieten, oder ihnen ihm Gegentheile andere Nahrungsmittel als unbedingt unschädlich zu erlauben. Jeder Mensch kann Eiweissstoffe, Fett und Kohlehydrate zu gleicher Zeit in verhältnissmässig grossen Mengen geniessen, ohne dabei Fett anzusetzen, während anderseits ein Uebermass jedes einzelnen dieser Nahrungsstoffe einen Ansatz von Fett zur Folge haben kann. Es ist ferner diejenige Menge der Nahrung, welche man geniessen kann, ohne dabei Fett anzusetzen, keineswegs bei jedem Menschen dieselbe, sondern

je nach den Lebensgewohnheiten eines Jeden sehr verschieden. Daher lässt sich auch schwer ein allgemein giltiger Küchenzettel für Fettleibige aufstellen, weil jeder einzelne Fall nicht selten ganz besondere Veränderungen verlangt. Die Zweckmässigkeit der eingeschlagenen Behandlung wird man nur aus dem Erfolge derselben ersehen, und als Richtschnur dazu hat allein die Waage und die Berücksichtigung des subjectiven Befindens des Kranken während der Entfettungscur zu dienen.

Die Eiweisszufuhr ist verhältnissmässig am wenigsten einzuschränken, da eine Verarmung an Eiweiss jedenfalls für den Körper von schädlichen Folgen sein könnte. Weit mehr einzuschränken ist die Zufuhr der Kohlehydrate und der Fette. Diese haben bei gleichzeitiger genügender Eiweissnahrung am leichtesten einen Fettansatz zur Folge; bezw. sie behindern den Verbrauch des im Körper schon aufgespeicherten Fettes.

Wenn man von dem mittleren Kostmasse eines Erwachsenen ausgeht, täglich etwa 125 g Eiweiss, 80 g Fett und 350 g Kohlehydrate, so dürfte z. B. eine Nahrung, welche 125 g Eiweiss oder auch noch etwas mehr, 40 g Fett und 150 g Kohlehydrate enthält, in der Mehrzahl der Fälle von Fettleibigkeit eine Abnahme des Körperfettes zur Folge haben. Man kann die Werthe für Fett und Kohlehydrate sogar noch mehr herabsetzen; doch empfiehlt es sich im Allgemeinen, alle Entfettungscuren nicht zu sehr zu überstürzen. Eine allmälig, aber dauernd fortschreitende Verminderung des Körpergewichtes von wöchentlich circa 1—2 kg ist meist den raschen Entziehungscuren, wie sie in manchen Badeorten und Anstalten üblich sind, vorzuziehen. Im Beginne der Cur ist der Fettverlust ein grösserer als später, wo der Kranke schon einen Theil seines Fettes verloren hat, und dementsprechend muss auch die dargereichte Kost verändert werden.

Beispiel einer besonderen Kostordnung für Fettleibige im Beginne einer Entfettungscur: Morgens 6—7 Uhr eine Tasse Kaffee mit etwas Milch ohne Zucker, eventuell mit Saccharin, und circa 75 g Weissbrot oder 50 g weder süssen noch fetten Zwieback. Mittags ein Teller, circa 100 g Suppe, circa 100 bis 175 g mageres Fleisch, Rindfleisch, Kalbfleisch, Wildpret, nicht zu fettes Geflügel, nicht fett zubereitete Fische, oder 2—3 Eier, 50 g Gemüse, Spargel, Spinat, Salat, Kohl — keine Kartoffel — und circa 25 g Brot. Als Dessert circa 75 g Mehlspeise oder

100 g Obst oder 15 g Käse. Verboten sind Schweinefleisch, Gänse, Enten, Karpfen, Lachs, Häringe. Zum Getränk Wasser oder höchstens hie und da $^1/_8$—$^1/_4$ l leichten Weines. Nachmittags eine Tasse Kaffee oder Thee ohne Zucker mit höchstens 30 g Brot. Abends 2 Eier oder 100—120 g Fleisch, kalten Braten oder mageren Schinken, 100 g Gemüse, Salat, etwas Obst und circa 30 g Brot, eventuell nur 1—2 Tassen Thee.

Eine diesem Schema ähnliche Kost ist nicht bloss einige Tage, sondern Monate lang und länger fortzusetzen. Dabei ist es durchaus nothwendig, das Körpergewicht der Kranken alle 1—2 Wochen zu bestimmen. Nimmt dasselbe langsam und gleichmässig ab, ohne dabei das Allgemeinbefinden zu beeinträchtigen, so ist die Diät eine richtig gewählte. Nimmt das Körpergewicht dagegen ohne sonstigen Grund nicht ab, so ist ohne Zweifel die Nahrungsmenge eine noch zu grosse und muss weiter vermindert werden. Erst wenn das Körpergewicht so weit herabgesetzt ist, dass es die dem Alter und Geschlecht entsprechende Durchschnittszahl erreicht hat, kann die Cur aufhören und dem Nahrungsbedürfnisse wieder ein grösserer Spielraum gestattet werden. Als ungefähren Anhalt mag die Angabe dienen, dass bei erwachsenen mittelgrossen Männern jedes Körpergewicht über 85 kg, bei Frauen über 75 kg im Allgemeinen als zu gross angesehen werden darf.

Das Gesagte bezieht sich nur auf die Beschränkung der Fettbildung. Die Behandlung der Fettleibigkeit kann aber auch eine solche sein, dass sie die Zerstörung des im Organismus schon vorhandenen Fettes begünstigt. Zu dieser Behandlungsmethode zählen die Muskelarbeit, Turnen, Laufen, Gehen, Radfahren, Bergsteigen etc., ferner die Entwässerung des Körpers. Durch blosse Einschränkung der Flüssigkeitsaufnahme kann, auch bei im Uebrigen gleicher Ernährung und Lebensweise, eine Verminderung des Körperfettes erzielt werden.

Ausser der Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr kann auch eine Anregung der Schweisssecretion durch Körperbewegung oder durch Dampfbäder die Entfettungscur wesentlich unterstützen. Von neueren medicamentösen Entfettungsmitteln können die Schilddrüsentabletten 2—6 Stück täglich mit gutem Erfolge genommen werden.

Die specielle Diät bei der Gicht stimmt zum Theil mit der bei der Fettleibigkeit überein. Es ist also die Eiweisszufuhr

bis zu einem gewissen Grade einzuschränken, um die Bildung der Harnsäure herabzusetzen. Ebenso ist die Zufuhr von Fett und Kohlehydraten zu vermindern. Saure Speisen erleichtern die Ablagerung der Harnsäure in die Gewebe, während süsse Speisen eine auffallend reiche Production von Harnsäure erregen; beide Speisen sind daher zu verbieten. Fetten, eine sitzende Lebensweise führenden Gichtkranken oder solchen, die eine an Stickstoffsubstanzen zu reiche Nahrung zu sich nehmen, wird man im Beginne der Behandlung eine „alkalische“ Entziehungsdiät durch hauptsächliche Verabreichung von Pflanzenkost verordnen, um erst nach einiger Zeit zur gemischten Kost überzugehen.

Die den Gichtkranken vorzuschreibende gemischte Kost kann enthalten: mageres Fleisch, Kalbfleisch, Leber, Kalbsbries, Zunge, junge Hühner, Truthahn, weisses Vogelfleisch, Fische, Fleischbrühe, grünes Gemüse, Spinat, Salat, Lattich, Boretsch, Rüben, Kresse, Cichorie, Radieschen, Reis, geringe Mengen von Milch, Maccaroni und Brot. In mässiger Menge sind erlaubt; Stachelbeeren, Himbeeren, Aepfel, Birnen, Melonen, Kartoffel, Artischocken, Sellerie, Zwiebel, Carotten, Linsen, Bohnen und Erbsen. Verboten sind fette Fleischspeisen, Pökel-, Rauch- und Schweinefleisch, süsse Mehlspeisen, süsse Conserven, Torten, candirte Früchte, Nüsse, Mandeln, sehr zuckerhältiges Obst, wie Pfirsiche, Pflaumen, Orangen, Weintrauben, ferner saure und aromatische Gewürze, Trüffeln, Kren, Tomaten, Spargel, Sauerampfer, dann Senf, Käse und scharfe, saure oder stark gesalzene Saucen.

Darüber, in welchem Masse Flüssigkeiten, namentlich alkoholhältige, Gichtkranken zu gestatten sind, muss von Fall zu Fall entschieden werden. Alkoholische Getränke in grösseren Quantitäten sind Gichtkranken entschieden schädlich. Kann man sie nicht ganz vermeiden, so ist die Menge derselben nach Möglichkeit einzuschränken. Ungarische, italienische, griechische, spanische und dalmatinische Weine, dann schwere französische und Rheinweine, ferner alle schweren Biere sind, wenn überhaupt, nur mit Vorsicht zu trinken. In besonders schlechtem Rufe stehen die moussirenden Weine, deren Typus der Champagner in seinen verschiedenen Gestalten ist. Die guten österreichischen Weine und die Moselweine, ferner gut ausgegohrene Obstweine scheinen im Allgemeinen unschädlich zu sein; dasselbe gilt von unseren

leichten Biersorten. Das Wasser ist das gesündeste Getränk für Gichtkranke, doch darf es nicht kalkhältig sein, weil es sonst die Ausscheidung der Harnsäure unterdrücken würde.

Wenn eine Verzögerung des Stoffwechsels und besonders jede überschüssige Bildung von Harnsäure durch eine in ausreichender Weise eingeschränkte Nahrung verhindert worden ist, so gibt es wieder zur besseren Förderung des Stoffumsatzes kein besseres Mittel, als ausreichende Muskelarbeit. Wenig Schlaf und viel Bewegung muss der Grundsatz der Gichtkranken sein. Um den Stoffwechsel noch mehr zu beschleunigen, sind den Gichtkranken auch Bäder anzurathen. Im Beginne der Krankheit sind kühlere Wasserbäder mit Abreibungen und Massage, unter Umständen sogar der vorsichtige Gebrauch von Seebädern nützlich. In den vorgerückten Stadien der Krankheit, besonders wenn sich schon Gelenkveränderungen ausgebildet haben, sind von grösstem Vortheil warme Bäder, besonders Bäder mit Mattoni's Moorextracten.

Ausser diesen allgemeinen diätetischen Vorschriften ist das zweckmässigste Heilmittel bei der Gicht der innere Gebrauch der Alkalien. Mit Rücksicht auf die chemisch festgestellte Thatsache, dass die Lithionsalze ein besonders grosses Lösungsvermögen für die Harnsäure besitzen, hat sich in der Praxis der innerliche Gebrauch der Lithionwässer allgemein eingebürgert. Das derzeit bei der harnsauren Diathese, bezw. bei der Gicht, am meisten verordnete Lithionwasser ist die Franzensbader Nataliequelle. Die Darreichung von Alkalien darf niemals soweit fortgesetzt werden, dass der Harn dauernd alkalisch bleibt. Eine Ueberladung des Blutes und der Säfte mit kohlensaurem Natron könnte leicht die Ausscheidung von unlöslichem doppeltharnsauren Natron veranlassen. Aus diesem Grunde soll man alkalische Mineralwässer nicht während eines acuten Gichtanfalles trinken lassen.

In Bezug auf die Behandlung des acuten Gichtanfalles sind eingreifende Mittel ganz verlassen worden. Der Kranke muss das Bett hüten, das ganze kranke Bein wird hoch gelagert, die Zehe in Watte eingehüllt und eine strenge Diät verordnet. Sind die Schmerzen sehr heftig, so kann man narkotische Einreibungen, heisse Umschläge verordnen, oder in schweren Fällen eine Morphiuminjection machen. Von Vortheil ist es auch, wenn man für reichliche Darmentleerungen sorgt. Im Uebrigen verhält

man sich zuwartend, bis der acute Anfall vorüber ist, um gleich darauf mit der erwähnten Behandlung zu beginnen. — (Wien. Klinik. H. 12, 1898.)

Chirurgie.

Exarticulation nach Chopart mit Erhaltung der Zehen. Von Dr. Hofmann.

Die Operation, welche im Wesentlichen eine Chopart'sche Exarticulation mit Erhaltung der Zehen ist, gestaltet sich, in der Narkose und unter Blutleere ausgeführt, folgendermassen: Schnitt sofort durch sämmtliche Weichtheile von der Tuberositas ossis navicularis quer über den Fussrücken bis fingerbreit oberhalb der Tuberositas Metatarsi V., von den Endpunkten je ein Längsschnitt am äusseren und inneren Fussrand in der Richtung auf die Zehen bis über die erkrankte Partie hinaus und Verbinden der beiden Endpunkte durch einen dorsalen Querschnitt. Auf diese Weise ist ein viereckiger, die erkrankten Knochen deckender Weichtheillappen umschnitten, in dem in der Regel auch die Fistelöffnungen liegen.

Es erfolgt dann die Exarticulation im Chopart'schen Gelenk und Loslösung der plantaren Weichtheile von den Knochen mit flachgestelltem, langen Messer, in sägenden Zügen bis zum vorderen Querschnitt; queres Durchsägen des Metatarsus, bezw. Exarticulation in den Metatarso-Phalangeal-Gelenken bildet den Schluss der eigentlichen Operation, die in wenigen Minuten ausgeführt werden kann. Unterbunden muss werden die Art. dors. pedis und der Ramus communicans des Arcus plantaris im linken Interstitium inteross. metatars. Nach der Fusssohle hin werden durch besondere kleine Oeffnungen zwei kurze Kocher'sche Glasdrains gelegt. Wenn dann die beiden Knochenflächen adaptirt werden, so bildet sich auf der Fusssohle ein ziemlich starker, querer Weichtheilwulst, der nach einigen Wochen meist völlig schrumpft. Die Hautwundränder werden durch nicht zu dicht gelegte Drahtnähte vereinigt. Die Stellung des vorderen Theiles des Fusses wird durch einen über den aseptischen Wundverband gelegten fixirenden Verband erhalten. Bei reactionslosem Verlaufe bleibt der erste Verband etwa vier Wochen liegen; doch können schon vorher die Patienten das Bett verlassen. In einem vorher angelegten Gipsverband können schon frühzeitig Gehübungen gemacht werden.

Die Methode soll die typische Resection für den vorderen Abschnitt des Fusses abgeben, wie es die Wladimiroff-Mikulicz'sche Operation für den hinteren Abschnitt desselben ist. Bedingung für ihre Ausführbarkeit ist natürlich völliges Intactsein des Chopart'schen Gelenks und Nichterkrankung der Zehen und der plantaren Weichtheile. Diese Bedingungen treffen sehr häufig zusammen. Gerade die kleinen Fusswurzelknochen nebst den Bases der Metatarsalia sind oft der Sitz der Erkrankung.

Gegenüber der Chopart'schen Operation ist der Vortheil der, dass man einen ganz gut geformten, wenn auch stark verkürzten Fuss, natürlich ohne jede Fusswölbung, erhält. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1, 1899.)

Ueber Antisepsis. Von Dr. L. v. Lesser.

v. L. vergleicht die aseptische und antiseptische Methode. Die aseptische Wundbehandlung leiste zweifellos Vorzügliches in neuen Muster-Krankenanstalten oder in Hospitälern, die durch langjährig vorher geübte Antisepsis einen hohen Grad von Salubrität erreicht haben. „Wo diese Bedingungen sich nicht vorfinden, ergibt die aseptische Wundbehandlung oft überraschende Misserfolge.“ Für die Privatpraxis ist die Aseptik mühsam, für die ambulante Behandlung unsicher. Unstatthaft erscheint die Methode für die erste Hilfe bei Verletzungen im Frieden, aber auch — gemäss der Ansichten erfahrener Kriegschirurgen — für die erste Hilfe bei Verletzungen im Kriege: auf dem Schlachtfelde und hinter dem Schlachtfelde. Im Ganzen hält v. L. dafür, dass es nicht zweckmässig sei, Asepsis und Antisepsis in Gegensatz zu einander stellen zu wollen. Sie sind je nach den Umständen, gemeinsam oder ausschliesslich, im einzelnen Falle in Anwendung zu ziehen.

Ueber den Gebrauch der Antiseptica kommt v. L. zu folgendem Schlusse: Alles in Allem haben wir in dem Lysol (resp. Seifenkresol) und in dem Airol Ersatzmittel für Carbolsäure und Jodoform, die sich bewährt haben, und die eine ausgedehntere Verwendung verdienen. Trotzdem wird man für gewisse Fälle das Jodoform noch in Gebrauch behalten; während wir der Carbolsäure für die Herstellung antiseptischer Drains und antiseptischen Nähmateriales den Vorzug lassen müssen. Auch können wir vorläufig des Sublimates für die Desinfection der Hände und für die Behandlung der Verwundeten im Kriege nicht entrathen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1, 1899.)

Zur Vorlagerung des widernatürlichen Afters. Von Dr. H. Cordua.

Um zu verhindern, dass bei dünner Beschaffenheit der kothigen Abgänge einige Mengen, wie gewöhnlich, direct an der Körperoberfläche, zwischen ihr und dem verschliessenden Apparate herunterfliessen und so die Ursache einiger Belästigung und Beängstigung des Pat. bilden, hat C. eine nachahmenswerthe Modification eingeführt. Er nähte nicht das offene Darmende selber in die Haut der Bauchwand ein, sondern hob die Darmöffnung zwei Zoll über das Niveau der Bauchhaut heraus und nähte den hervorstehenden Darmstumpf in dieser Lage fest. Dadurch wurde einmal bewirkt, dass unmittelbar nach der Operation der massenweise aus dem armdick erweiterten und hypertrophirten Darme ausströmende Koth in eine untergestellte Schale abgeführt werden konnte, ohne mit der aseptisch versorgten Bauchwunde in Berührung zu kommen; und zweitens gelang es auf diese Weise, auch nach Heilung der Operationswunde dauernd die Darmöffnung soweit von der Körperoberfläche entfernt zu lagern, dass der ausfliessende Koth gar nicht die Haut des Pat. beschmutzen kann. An der Operationsstelle ragt jetzt bei dem von C. operirten Pat. ein 12 cm langer, wurstförmiger Tumor hervor, dessen Spitze die Koth und Gase entleerende Oeffnung trägt. Es hat natürlich keine Schwierigkeiten, über diesem vorragenden Darmstiele eine Bandage zu fixiren, durch welche der Koth in ein angeschraubtes Receptaculum ausfliessen kann, ohne den Menschen selber zu berühren. Eine solche Bandage hat C. für den Pat. construirt, die denselben in keiner Weise belästigt. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 2, 1899.)

Laryngologie und Rhinologie.

Das Protargol in der rhino-laryngologischen Praxis. Von Dr. Arthur Alexander.

Das zuerst von Eichgrün dargestellte Protargol ist eine Verbindung des Silbers mit einem Proteïnstoff, u. zw. eine Verbindung, welche das Silber nicht nur in maskirter Form, sondern auch in organischer Bindung, d. h. also anstatt in Form eines Salzes oder Doppelsalzes in fester Verbindung mit dem Proteïnmolecül selbst enthält. Es bildet nicht wie andere Silberverbindungen mit Eiweisskörpern unlösliche Niederschläge und dringt infolge dessen tiefer ins Gewebe ein. Das Protargol, dessen Silber-

gehalt circa 8% beträgt, ist ein feines, hellgelbes, in Wasser leicht lösliches Pulver. Da sich das Pulver auch in Glycerin löst, kann man der wässerigen Lösung nöthigen Falles auch beliebige Mengen Glycerin zusetzen. Mit Vaselin lässt sich das Protargol leicht zu Salben verarbeiten.

Da die wässerige Lösung bei andauernder Belichtung sich dunkel färbt, muss man die Lösung, ebenso wie das in den Handel gebrachte Präparat in dunkler Flasche aufbewahren. Im Blutserum und Eiweisslösungen löst sich das Mittel leichter und rascher als im Wasser. Wegen der fast neutralen Reaction der wässerigen Lösung kann das Mittel im Gegensatze zu den alkalisch reagirenden anderen Silberverbindungen ohne besondere Reizwirkung auf die Schleimhaut applicirt werden.

Neisser in Breslau, welcher das Protargol in die Therapie der Gonorrhöe einführte, und Fürst in Berlin, welcher die Wirkung des Mittels bei der weiblichen Gonorrhöe nachprüfte, berichten zumeist über günstige Erfolge. Darier in Paris bezeichnet das Protargol geradezu als ein Specificum gegen die Conjunctivitis blennorrhoica. Adler schlug schliesslich vor, das Protargol innerlich neben Quecksilber bei der Tabes und progressiven Paralyse zu verordnen.

A. war es vorbehalten, das Protargol in die rhino-laryngologische Praxis einzuführen. Im Folgenden soll über seine Erfahrungen mit diesem Mittel berichtet werden. Bei der Angina lacunaris ist es A. nicht gelungen, irgend einen Einfluss auszuüben, ebenso vermochte er nicht die Entstehung eines peritonsillären Abscesses zu verhindern. Unwirksam erwies sich ferner dieses Mittel bei Pharyngomycosis benigna s. leptothrica, bei Diphtherie, den aphthösen und syphilitischen Geschwüren der Mund- und Rachenschleimhaut. Ebenso hat A. tuberculöse Ulcerationen der Zunge, sowie auch eine ulcerirende miliare Tuberculose des weichen Gaumens und der Tonsillen mit Protargollösungen in steigender Concentration bis zu 50% ohne jeden Erfolg behandelt. Die Application dieses Mittels bei Larynxphthise musste wegen Verschlimmerung des Zustandes bald aufgegeben werden.

Von günstigerem Einfluss ist das Protargol beim chronischen Katarrh der oberen Luftwege. Das Mittel wurde in 125 Fällen theilweise zur Bepinselung der Rachenschleimhaut, zur Injection in den Larynx und in Sprayform bei Affectionen der Nase ver-

wendet. Die Lösungen, welche A. ursprünglich verwendete, bestanden aus

	Protargol	5—10·0
	Glycerin	10·0
	Aq. dest.	100·0

Später wurden dünnere Lösungen, heute fast nur 1%ige zur Bepinselung der Pharynxschleimhaut und zur Application in Nase und Kehlkopf verwendet.

Der Erfolg war stets befriedigend. Namentlich schwanden die Parästhesien des Pharynx auffallend schnell; jedoch muss man im Allgemeinen Geduld haben und solche Fälle lange Zeit täglich pinseln und erst, wenn die wesentlichsten Beschwerden behoben sind, das Mittel weniger oft anwenden. Während 1%ige Lösungen überhaupt keine Empfindungen hervorrufen, erzeugen 5—10%ige Lösungen einen leicht bitteren Geschmack und geringfügiges Brennen. Besonders angenehm wurde das Protargol in einigen ganz veralteten Fällen empfunden, bei denen eine Reihe anderer Medicamente versagt hatte und welche, wenn auch erst nach langer Zeit, unter Anwendung einer 5%igen Protargollösung eine hochgradige Besserung aufwiesen.

Bei den chronischen Kehlkopfkatarrhen der Sänger ist das Protargol vorzüglich zu empfehlen; neben seiner heilenden Wirkung hat es vor anderen Mitteln den Vorzug, dass es in dünner (½%iger) Lösung völlig reizlos ist und die Patienten kurz nach der Application singen können, ohne eine Schädigung ihrer Stimme befürchten zu müssen.

Noch bessere Dienste hat das Protargol bei der Behandlung der Empyeme geleistet. Freilich eignet sich nicht jeder Fall für die Behandlung. Das Protargol wirkt in allen denjenigen Fällen, in denen es sich um eine einfache Entzündung der Nebenhöhlenschleimhaut ohne secundäre Veränderungen derselben handelt und in welchen das Medicament auch wirklich mit der Schleimhaut in Berührung zu kommen vermag. Wenn man die Erfolge bei der Empyembehandlung erzielen will, muss man zwei Bedingungen zu erfüllen suchen. Erstens muss man bestrebt sein, die Empyeme so früh als möglich in Behandlung zu nehmen, also die Frühsymptome würdigen, zweitens muss man sich möglichst frühzeitig Aufschluss über die Beschaffenheit der Nebenhöhlenschleimhaut verschaffen.

In der Kieferhöhle wird das Protargol in 5%iger Lösung applicirt. Nach vorheriger Reinigung der Höhle durch die künst-

liche Oeffnung im Processus alveolaris wird eine circa 50 cm^3 enthaltende Spritze dieses Medicamentes unter mässigem Drucke injicirt, derart, dass die Flüssigkeit wieder durch das Foramen maxillare abfliesst.

A. glaubt, dass wir bisher kein Medicament besessen haben, welches eine einfache, uncomplicirte Schleimhauteiterung, speciell die Eiterung der Kieferhöhlenschleimhaut so prompt beseitigt, wie das Protargol.

Auch gegen die Coryza vasomotoria wird das Protargol mit günstigem Erfolge angewandt. Man muss vorsichtig mit $^1/_2$ $^0/_0$igen Lösungen beginnen, jedoch später kann man zu stärkeren Lösungen greifen und schliesslich wird die Massage mit 5 $^0/_0$iger Lösung ganz gut vertragen. Die wässerige Secretion schwindet meistens in wenigen Sitzungen, doch muss man das Protargol weiter anwenden, um Rückfälle zu vermeiden.

Auch gegen den Heuschnupfen wurde das Mittel versucht und sind befriedigende Resultate erzielt worden, nur muss hier die Behandlung 3—4 Wochen vor Beginn der verhängnissvollen Jahreszeit, also etwa Ende März begonnen werden. — (Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. 9, 1899.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Ueber Chorea gravidarum. Von Dr. Backhaus.

Eine 21jährige Primipara, erblich nicht belastet, bekam in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft öfter Zuckungen, die immer häufiger und stärker auftraten, endlich zu schweren Paroxysmen ausarteten, so dass künstliche Frühgeburt im neunten Monat eingeleitet werden musste. Die Geburt wurde in Aethernarkose durch Wendung und Extraction beendet. Das Kind wurde lebend entwickelt, starb aber am vierten Tage. Bei der Mutter stellte sich post partum Delirium, später Koma ein, sie starb am folgenden Tage.

Im Allgemeinen bietet die Chorea keine Indication zur künstlichen Frühgeburt oder zum Abort, nur ausnahmsweise kann in seltenen schweren Fällen die Nothwendigkeit hierzu sich einstellen. Vor Allem sind Ruhe und Isolirung geboten, bei vorangegangenen Gelenksschmerzen kann man Antipyrin versuchen. Ausserdem kommen Brom- und Arsenpräparate, bei starker Unruhe unter Berücksichtigung des Verhaltens des Herzens

Chloralhydrat oder Morphium, eventuell auch protrahirte warme Bäder in Anwendung. — (Sitzungsber. der Gesellsch. für Geburtsh. zu Leipzig, 20. Februar 1899.) H.

Ueber Abortusbehandlung. Von Dr. Alex. Szabó.

In einer eingehenden Schilderung stellt Vf. die verschiedenen Phasen des vorzeitigen Abschlusses der Schwangerschaft dar und gibt sehr beherzigenswerthe Rathschläge für das jeweilig zweckmässigste Verhalten des Arztes. Seine Conclusionen lauten:

1. Bei Abortus imminens ist absolute Bettruhe zu verordnen, der Stuhl zu regeln, doch darf keinesfalls innerlich Secale gegeben werden, dessen schädliche Wirkung nur zu oft beobachtet werden kann.

2. Bei Abortus incipiens trachte man ebenfalls die Schwangerschaft zu erhalten, solange dazu Hoffnung vorhanden ist; in Fällen, wo das Weiterbestehen der Schwangerschaft für die Frau — wegen anderer Leiden — von Gefahr sein könnte oder wo bei längerem Zuwarten die Frau gefährdet wäre, ist der Abortus zu beendigen; das specielle Vorgehen ist von Fall zu Fall zu erwägen.

3. Bei Abortus incompletus trachte man, den Abort je eher zu beendigen, um die Frau vor unnöthiger Blutung und Infectionsgefahr zu schützen. Man kann die manuelle Ausräumung oder das Curettement wählen, je nachdem es der gegebene Fall erfordert. Die Tamponade — als langwierige und nicht ganz verlässliche Methode — wäre nur in solchen Fällen anzuwenden, wo die Blutung gering und die Infectionsgefahr möglichst ausgeschlossen ist.

4. Nach beendigtem Abortus ist die Frau in jeder Beziehung als Wöchnerin zu betrachten, jede überflüssige Behandlung (täglich Scheidenausspülungen etc.) sei vermieden; man lasse dem Uterus genügende Zeit zur Rückentwicklung. — (Pest. med. chirurg. Presse. Nr. 15—17, 1899.) H.

Welches ist das eigentliche Feld der Salpingo-Oophorektomie? Von Dr. Chauncey d. Palmer.

Im Allgemeinen gibt es drei Indicationen für diese Operation: 1. Den Vorgang der Ovulation zu beseitigen, 2. die menstruale Absonderung zu beherrschen oder zu modificiren, 3. unheilbar erkrankte Organe zu entfernen.

Nervöse Störungen scheinen oft mit der Menstruation zusammenzuhängen, so dass man geneigt wäre, durch Elimination

der die Menstruation auslösenden Organe auch die nervösen Erkrankungen zu beheben. Vielfache Misserfolge in dieser Richtung haben aber die Indication aus derartiger Veranlassung wesentlich eingeschränkt. Wo keine organische Erkrankung der Ovarien besteht, ist deren Entfernung direct contraindicirt.

Dysmenorrhöe allein kann ebensowenig Anlass zur Operation geben. In der Regel liegt der Grund im Uterus; selbst bei der sogenannten ovariellen Dysmenorrhöe handelt es sich meist um ausstrahlende Schmerzen in den Eierstöcken, die von der Gebärmutter ausgehen. Dasselbe gilt vom „Mittelschmerz“. All diese Beschwerden können ohne grossen Eingriff geheilt werden: im äussersten Falle ist der Probebauchschnitt auszuführen. Findet man die Adnexe nicht schwer erkrankt, so lässt man sie in Ruhe und schliesst die Bauchwunde.

Es ist nicht gerechtfertigt, in allen Fällen, wo der Uterus entfernt werden muss, auch die gesunden Tuben und Ovarien mit zu exstirpiren. Das Argument, dass dann diese Organe doch zwecklos sind, genügt nicht. Die Castration bei grossen Fibromen ist oft schwierig und nicht immer verlässlich.

Viele mindere Erkrankungen der Tuben und Ovarien können ohne operativen Eingriff geheilt werden, selbst veraltete Formen. Die kleincystische Veränderung oder die Induration infolge von Bindegewebswucherung in den Ovarien sind keine ausreichende Ursache für die Entfernung dieser Organe. Auch bei sonstiger Erkrankung soll, wo möglich, nur das Erkrankte entfernt, das Gesunde belassen werden. — (The Americ. Journ. of obstetr. Jan. 1899.) H.

Beiträge zur Pathologie und Therapie der Uterusgonorrhöe. Von Dr. H. Schultz.

Da Spontanheilung der Gonorrhöe beim weiblichen Geschlecht unzweifelhaft vorkommt, entgegen der Anschauung mancher Autoren, welche diese Krankheit fast für unheilbar erklären, so frägt es sich zunächst: wann ist die Gonorrhöe für geheilt zu halten?

Weder die klinische Beobachtung, noch die Untersuchung auf Gonokokken allein kann entscheiden. Man findet bei scheinbar normalem Uterussecret noch Gonokokken; diese fehlen dagegen auch in klinisch sehr verdächtigem Ausfluss. Nach den Untersuchungen des Vf. an 200 Prostituirten fand sich neben der cervicalen Gonorrhöe nur in 38% der Fälle uterine Gonorrhöe vor.

Bei jungen Prostituirten ist die uterine Gonorrhöe am häufigsten anzutreffen. Bei solchen, die der Prostitution erst ½ Jahr lang angehörten, waren 72·1% gonorrhöisch, bei solchen über 4 Jahre Prostituirten nur mehr 25%, bei solchen über 8 Jahre nur 16%. Von den 200 vom Vf. untersuchten Prostituirten litten 48 an Adnexerkrankungen. Eine solche fand sich öfter bei von der Uterusgonorrhöe bereits Geheilten.

Eine frühzeitige Localtherapie mit Eisumschlägen, Einspritzungen von Eiswasser und Anwendung schwacher Adstringentien, wie dies Behrendt empfiehlt, würde wohl oft genügen, doch sind die wenigsten Kranken zur Bettruhe zu bewegen. Bei der Behandlung mit Massage (! Ref.) und Sublimatirrigationen der Vagina verliess die Hälfte der Kranken ungeheilt das Spital.

Zu intrauterinen, resp. intracervicalen Injectionen wurde verwendet: 4%ige Protargol-, 5%ige Acet. pyrolignosum-, 10%ige Argent. nitr.- und 10%ige Argentaminlösung. In einer Anzahl von Fällen wurde so Heilung erzielt, bei hartnäckigen Uterusgonorrhöen aber selbst mit einer grossen Zahl von Injectionen nicht. Etwa 70% wurden geheilt, 30% verliessen das Spital ungeheilt. Durch rechtzeitigen Beginn der Behandlung kann das Uebergreifen der Cervixgonorrhöe auf den Uterus verhütet werden. Die intrauterinen Injectionen äussern neben der Heilwirkung auch eine nützliche und häufig sich bewährende provocative Wirkung, indem die vorher negative Untersuchung auf Gonokokken nach den Injectionen positiv wurde.

Die Uterusgonorrhöe ist demnach in vielen Fällen heilbar, wenn man das Fehlen der Gonokokken im Secret, sowie der Infectiosität desselben als Massstab annimmt. Das Verfahren sollte noch verbessert werden; derzeit haben sich 10%ige Argentamininjectionen, zweimal wöchentlich vorgenommen, am besten bewährt. — (Ung. med. Presse Nr. 9, 1899.) H.

Zur Behandlung des ulcerirenden, inoperablen Cervixcarcinoms. Von Dr. Sigmund Gottschalk.

Zuerst wird die Neubildung, so gut wie möglich, ausgelöffelt, dann der so geschaffene Geschwürskrater mit dem Glüheisen so tief und so weit, als es ohne Gefährdung der Nachbarorgane geschehen kann, energisch ausgebrannt.

Jetzt umschneidet aber Vf. 2—3 cm unterhalb der unteren Grenze der Neubildung im Gesunden das Scheidenrohr mit dem schneidenden Paquelin und löst den so umschnittenen ringför-

migen Scheidenlappen von unten nach oben von seiner Unterlage ab. Dann stülpt er ihn bei der nun folgenden Jodoformgaze tamponade in den Krater hinein, so dass die äussere Oberfläche des abgelösten Scheidenlappens mit der kauterisirten Fläche in Contact kommt.

Der Jodoformgazestreifen soll den Krater und die Scheidenlichtung bis unterhalb der Umschneidungslinie maximal ausfüllen. Er wird erst nach sieben Tagen entfernt.

Schon in wenigen Tagen entsteht ein querer Scheidenverschluss in Höhe des abpräparirten ringförmigen Scheidenlappens durch Verklebung der wunden Flächen mit einander. Die Kranken werden am zwölften Tage entlassen.

Ein solcher Narbenverschluss hält etwa 5—6 Monate Stand und verhindert so lange die Blutungen, obwohl sich meist schon früher wieder Secretion einstellt. — (Centralbl. f. Gynäk. Nr. 3, 1899.) H.

Zur Behandlung des Uterus gravidus incarceratus mit dem elastischen Ballon. Von Dr. Westphalen.

Eine 34jährige VI-para litt seit drei Wochen an Blasenbeschwerden, erst Dysurie, dann Ischuria paradoxa und wurde deshalb in den letzten drei Tagen 1—2mal täglich katheterisirt. Oedem beider Beine. Die Diagnose lautet: Incarceratio partialis uteri retroflexi gravidi quinque mensium.

Repositionsversuche in Rückenlage, dann in Knie-Ellbogenlage erfolglos; daher vorläufig Seitenlage verordnet. Tags darauf nach Katheterisiren nochmaliger Repositionsversuch in Knie-Ellbogenlage, zuerst manuell, dann in Narkose mit Zangenzug. Auch dies war vergeblich.

Hierauf Einlegen eines grossen Kolpeurynters in die Scheide und Lagerung der Frau auf die Seite mit erhöhtem Becken. Am nächsten Tage spontanes Harnen und Abschwellung der Beine. Entfernung des Kolpeurynters. Die Portio, die früher ganz vorn oberhalb der Symphyse zu tasten war, befand sich jetzt in der Beckenmitte. Seitenlage wird noch einige Tage lang beibehalten. Weitere Schwangerschaft und Geburt normal.

Es waren wahrscheinlich flächenhafte Adhäsionen das Hinderniss für die Reposition, die allmälig gedehnt oder gesprengt wurden. Zweckmässig wäre vielleicht die Anwendung des Kolpeurynters noch vor weiteren Repositionsversuchen. (Centralbl. f. Gynäk. Nr. 5, 1899.) H.

Spontanruptur des Uterus und Austritt des Fötus in die Bauchhöhle. Von Dr. Tullio Pozzan.

Anknüpfend an einen derartigen selbst beobachteten und geheilten Fall von Spontanruptur der Gebärmutter während der Geburt, bespricht Vf. auch die Therapie des Zustandes. Man soll auf das meist ohnehin verlorene Kindesleben unter solchen Umständen keine Rücksicht nehmen, nur das sehr gefährdete Leben der Mutter soll man zu retten trachten.

Zunächst ist die Extraction der Frucht und Nachgeburt angezeigt; der hiezu geeignetste Weg wird durch die Lage des Kindes bestimmt. Bei verengtem Becken wird man die Laparotomie mit nachfolgender Naht, eventuell Tamponade des Uterus vornehmen. Bei normalem Becken ist das Verfahren ein verschiedenes, je nachdem die Frucht noch im Uterus verblieb, oder aus demselben theilweise oder ganz in die Bauchhöhle gerieth. Im ersten Falle macht man die Extraction mit dem Forceps oder manuell, eventuell bei Querlage, nach vorheriger Embryotomie.

Ist der Fötus zum Theil aus der Gebärmutter ausgetreten, kann bei geeigneter Kopflage die Zange angelegt werden; ist aber der Kopf selbst in die Bauchhöhle gelangt, so wird durch den Bauchschnitt entbunden. Wurde das Kind auf natürlichem Wege extrahirt, so wird die Wunde von der Scheide aus tamponirt und drainirt.

Bei Beckenverengung zweiten oder dritten Grades, be starker Blutung wegen grossen Einrisses und bedrohlichen Erscheinungen ist die Eröffnung der Bauchhöhle angezeigt. Das Peritoneum soll von Blut, Meconium, Sebum sorgfältig gereinigt werden. Die Besichtigung der Wunde gibt einen Fingerzeig, ob die Wunde zu vernähen, oder die Gebärmutter abzutragen ist. — (Gaz. degli Ospedali, Nr. 16, 1899.) H.

Augenheilkunde.

Ueber eine ungewöhnliche Wirkung des Atropins und Eserins auf das menschliche Auge. Von Dr. Dobrowolski.

Im Jahre 1867 beobachtete D. bei einem Officier, der über asthenopische Beschwerden klagte und starke hyperämische Erscheinungen des Augenhintergrundes aufwies, nach Atropinisirung Zunahme einer Myopie $^1/_{23}$ bis auf $^1/_{14}$. Stilling hatte bereits über einen Fall berichtet, wo durch Instillation von Atropin

eine Hypermetropie $^1/_{18}$ latent wurde. D. erklärt sich diesen Vorgang so, dass infolge der starken Hyperämie der Augen eine derartige Reizbarkeit des Ciliarmuskels entsteht, dass er auf die geringsten mechanischen Reize durch einen Accommodationskrampf reagirt. Der zweite Fall betraf ein ausgesprochenes chronisches Glaukom, wo nach Eserininstillationen eine Myopie von $^1/_{16}$ widerholt verschwand, um jedesmal mit Aufhören der Eserineinträufelungen wiederzukehren. Pilocarpin verminderte bei guter Miosis die Myopie von $^1/_{16}$ zu $^1/_{20}$. D. erklärt es sich so, dass infolge des glaukomatösen Reizzustandes im vorderen Bulbusabschnitte eine spastische Contraction des Accommodationsmuskels bestand, welche verschwand, sobald die glaukomatöse Reizung durch Eserin beseitigt wurde. — (Die ophthalm. Klinik, Bd. III, H. 2.) Königstein.

Ueber Epidermin (Fluor). Von Dr. Wolfberg.

Das Epidermin hat nach Angabe der Firma folgende Zusammensetzung:

Fluor pseudocunolc.	1·0
Difluor diph.	4·0
Adeps. lan. anhydr.	85·0
Ung. vasel.	10·0

Die sofort auffallende angenehme Eigenschaft der Salbe ist, dass sie auch nach 24stündigem Wattaverband niemals ein Verkleben der Watta mit der eingesalbten Wundfläche herbeiführt, das Abnehmen des Verbandes, welches ja bei Verbrennungen recht schmerzhaft ist, vollzieht sich ohne jede Unbequemlichkeit. Der Fluorzusatz scheint den schmerzstillenden Einfluss des Epidermins zu bewirken; alle Patienten rühmen denselben, besonders W. hatte Gelegenheit, sich von dieser Wirkung an seiner eigenen Person zu überzeugen, da ihm der brennende Kopf eines Streichholzes auf den äusseren Winkel des linken Auges fiel und intensive Schmerzen und später Brennen verursachte, die durch das Epidermin beseitigt wurden.

Einem Monteur war eine durch Explosion entstandene Acetylengasflamme ins Gesicht geschlagen und hatte eine Verbrennung ersten Grades hervorgerufen. Blepharospasmus, Thränen etc. waren sehr stark, Cocaïn ohne Nutzen. Durch Anlegen des Epiderminverbandes wurde der Schmerz sofort beseitigt; er wurde einmal täglich gewechselt und konnte nach drei Tagen fortgelassen werden. Diese beschriebenen Eigenschaften des Epidermins veranlassten W., dasselbe auch bei Kalkverbrennungen,

die Lider und Bulbus betrafen, anzuwenden, in der Weise, dass mit einem Glasstäbchen reichlich Epidermin auf die verletzte Stelle gebracht und ausserdem noch mit Epidermin verbunden wurde. Der Verband wurde zweimal täglich gewechselt und hatte vor Allem den Erfolg, Schmerzlosigkeit zu bewirken. — (Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Augen. Bd. II, H. 25.)

Königstein.

Der heutige Stand der Therapie der Skleritis, mit besonderer Berücksichtigung der Episkleritis und Sclerochorioiditis anterior. Von Dr. Grandelement.

Die Episkleritis zeigt gewöhnlich blaurothe, mehr oder weniger prominente Knoten, die in geringem Abstand vom Hornhautrand zur Entwicklung kommen. Bei der Sclerochorioiditis anterior findet man ausgedehnte, nicht über die Umgebung hervorragende Plaques von der Farbe der Weinhefe, die auf Druck äusserst schmerzhaft sind und sich mit hinteren Synechien compliciren. Durch die drohenden Complicationen von Seiten des Uvealtractus ist also die Sclerochorioiditis anterior weit gefährlicher für das Auge, als die Episkleritis. Beide Formen gehen mit starken, besonders des Nachts auftretenden Schmerzen einher, sind äusserst hartnäckig und erschweren die Behandlung durch die Neigung zu Recidiven.

Nach des Autors Meinung war die Therapie bis in die letzten Jahre machtlos gegen diese Krankheitsformen. Man verordnete alkalische Wässer, salicylsaures Natrium oder Lithium oder auch Colchicin, oder wandte Scarificationen an, excidirte die episkleralen Knoten, machte punktförmige Kauterisationen, die Iridektomie, dies Alles mit geringem, um nicht zu sagen, zweifelhaftem Erfolg, da der Krankheitsverlauf nicht abgekürzt, Recidiven nicht verhindert wurden. Darier hat die subconjunctivalen Quecksilbercyanidlösungen eingeführt, und diese haben nach der Meinung G.'s auch bei der Skleritis sich bewährt. Die Injectionen werden durch den episkleralen Knoten oder bei Sclerochorioiditis anterior in der Höhe der entzündlichen Plaques ausgeführt.

Gerade bei dieser Form sind die Injectionen sehr wirksam, „nach 3—4 Injectionen wird man Herr des Krankheitsprocesses“. Es treten wohl Recidiven ein, die aber nach ein- bis zweimaliger Wiederholung der Injectionscur beseitigt werden und dann die Krankheit auch definitiv zur Heilung gebracht wird. Gegen die leichtere Form, die Episkleritis, sind die Injectionen weniger wirksam,

was damit erklärt wird, dass die Quecksilberbehandlung gerade bei Erkrankungen der Uvea Erfolge aufzuweisen hat und die schwerere Form ja mit Affectionen der Iris etc. combinirt ist. Doch führt eine mit Ausdauer geführte Injectionscur auch bei Episkleritis schliesslich zum Ziel. Ist die Wirkung ausgeblieben oder lässt sie zu lange auf sich warten, so kann man die elektrotherapeutische Behandlung vornehmen, welche nach verschiedenen Methoden von den verschiedenen Autoren (Reuss, Terson, Pansier) geübt wird. G. hat von der Elektricität in der Behandlung dieser Krankheiten niemals Gebrauch gemacht, er ist immer mit den Injectionen ausgekommen und meint, dass vorzüglich bei der echten Skleritis, id est der Sclerochorioiditis anterior, die elektrische Behandlung wirkungslos sei, während die subconjunctivalen Injectionen einen fast sicheren Erfolg versprechen. — (Die ophthalm. Klinik, Bd. III, H. 5.)

Königstein.

Ueber eine ungewöhnliche Wirkung der Mydriatica. Von Dr. Hotz.

Ein 60jähriger Patient, der an einer rechtsseitigen Iritis litt, hatte bereits vor fünf Jahren auf diesem Auge eine Regenbogenhautaffection und war damals schulgerecht mit Atropin behandelt worden. Es trat eine heftige Dermatitis auf und der seinerzeit behandelnde Arzt meinte, dass diese mit der Atropinbehandlung in Verbindung stehe. Hiedurch aufmerksam gemacht, wendete H. Scopolamin und Duboisin an. Aber auch dieser Behandlung folgte eine heftige Entzündung der rechten Wangengegend mit ödematöser Schwellung der Lider und starker Conjunctivalreizung. Die ganze rechte Gesichtsseite schwoll schliesslich an, erodirte stellenweise und war mit Krusten bedeckt. Nachdem mit den Instillationen sistirt wurde, trat rasch Heilung ein.

Colburn bemerkt in der Discussion, dass er einen ähnlichen Fall nach Starentbindung gesehen. Die beiden angewendeten Mydriatica, Atropin und Duboisin, waren von solchen Symptomen gefolgt, dass man an Erysipel dachte.

Casey Wood meint, dass die Atropinconjunctivitis in eine Reihe zu stellen sei mit den localen oben beschriebenen Vergiftungserscheinungen. Reibe man nämlich bei Leuten, die zur Atropinconjunctivitis neigen, eine Atropinlösung in die Haut ein, so bekomme man eine Entzündung der Haut. Bei diesen Leuten bestehe eben eine die Haut und Schleimhäute betreffende Idiosynkrasie gegen die Mydriatica.

Pinckard hat einen Fall gesehen, bei dem die Instillation eines einzigen Tropfens einer Lösung der bekannten Mydriatica genügte, um Allgemeinerscheinungen hervorzurufen, wogegen locale Erscheinungen von Seiten der Haut ausblieben. — (Chicago ophthalm. and otolog. Society.) Königstein.

Urologie.

Ueber Bottini's galvanokaustische Incision der hypertrophirten Prostata. Von Prof. A. v. Frisch.

Da es sich bei der Bottini'schen Operation im Wesentlichen um die mechanische Herstellung eines Weges für den Harnabfluss handelt, so ist dieselbe nach F. in erster Linie für jene Fälle heranzuziehen, welche mit Harnretention einhergehen und unter diesen wieder vorwiegend für solche, in welchen chronische complete Harnverhaltung besteht. Es ist also entweder eine complete Ischurie oder eine sehr erhebliche Dysurie, welche durch Bottini's Operation behoben werden soll, und darum eigentlich unberechtigt, die Operation als Radicaloperation der Prostatahypertrophie zu bezeichnen. Die wichtigste Vorbedingung für das Gelingen der Bottini'schen Operation ist, dass die Blase ihre Contractionsfähigkeit nicht verloren hat, worüber die Schnelligkeit und Kraft des durch den Katheter ausströmenden Harns oder manometrische Bestimmungen des intravesicalen Druckes Aufschluss zu gewähren vermögen. Als Contraindicationen des Eingriffes gelten nach Bottini: Unthätigkeit des Detrusors, sehr eitriger oder überhaupt sehr abnormer Harn, endlich Anzeichen oder auch nur schwerer Verdacht auf gleichzeitige Nierenerkrankung. In den von F. operirten 10 Fällen handelte es sich achtmal um chronische complete, zweimal um chronische incomplete Harnverhaltung. Vollständig geheilt sind vier, einer dauernd gebessert, einer zeigte eine vorübergehende Besserung, 3 Fälle blieben resultatlos, ein Patient starb infolge der Operation. Bei den Geheilten: Das spontane Uriniren stellte sich bei den meisten Kranken in den ersten Tagen nach dem Eingriffe (1—14 Tage) ein, in einem Falle erst nach vier Wochen. Sechs Fälle verliefen vollkommen reactionslos. Von unangenehmen Zufällen traten auf Blutungen in 3 Fällen, Schüttelfröste in 2 Fällen, Epididymitis in 2, Prostataabscess mit Exitus letalis in 1 Falle. Pyelitis bestand zur Zeit der Operation in 2 Fällen. Die bisher vorliegende

Statistik ergibt in Summa: 30 Fälle geheilt, 23 gebessert, 10 ungeheilt, 7 gestorben = 70 Fälle und das Gesammtresultat inclusive der Fälle Bottini's lautet: von 127 Operirten erscheinen 62 geheilt, 34 gebessert, 22 ungeheilt, 9 gestorben.

Dieses Resultat mit ungefähr 50% Heilungen und 7·2% Mortalität ist als sehr günstiges zu bezeichnen.

Als Gefahren bei der Operation machen sich geltend: Blutungen bei mangelhafter Schorfbildung oder beim Abstossen der Schorfe, die Möglichkeit einer Infection der Wunden durch Bacterien des zersetzten Harns, die Entstehung von Phlebitis und Thrombosen im periprostatischen Venenplexus, Eiterungen und Abscessbildungen in der Prostata und ihrer Umgebung, im Hoden und Nebenhoden, endlich Verschlimmerungen und acute Nachschübe bei schon bestehender Pyelitis oder Pyelonephritis. Betreffs der Nachbehandlung will F. von der Anwendung des Verweilkatheters niemals einen Schaden gesehen haben.

Da die Patienten auch bei gelungener Operation in den ersten Tagen ihre Blase nicht vollständig entleeren, überdies Blasenwaschungen in den meisten Fällen indicirt sind, so lässt Vf. für mehrere Tage einen Verweilkatheter einlegen, um nicht durch die häufige Einführung eines Katheters irritirend zu wirken (namentlich mit Rücksicht auf das Abstreifen von Schorfen.) — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 48, 1898.) N.

Excision der Samenblasen. Von Dr. M. Moullin.

Der Fall betrifft einen tuberculös belasteten jungen Mann mit einer gonorrhoischen Prostatitis. Nach Schwund derselben stellten sich Schmerzen in der Gegend der Samenblasen ein. Diese wurden durch Massage auf der linken Seite beseitigt, die rechte Samenblase blieb jedoch hart und schmerzhaft und wurde daher, als der Zustand sich nicht änderte, excidirt. Sie war derb und unregelmässig gestaltet, von Tuberculose fand sich jedoch nichts an ihr; wahrscheinlich handelte es sich um eine chronische, gonorrhoische Erkrankung. Der Kranke ward wieder völlig hergestellt. — (British. Med. Journ. 5. Nov., 1898.) N.

Die innerliche Behandlung der Prostatorrhoea ex Prostatitide chronica mit Prostatasubstanz. Von Dr. H. Oppenheimer.

Vf. hat eine Reihe von an Prostatorrhöe leidenden Individuen mit Prostatasubstanz behandelt. Das angewandte Präparat war das von der Londoner Firma Burraughs, Wellcome & Comp.

Die Dosis betrug circa 0·13 g dreimal täglich. Die an 17 Fällen gemachten Beobachtungen fasst Vf. in folgenden Schlusssätzen zusammen:

1. Die Prostata reagirt auf die innerliche Darreichung von Prostatasubstanz.

2. Bei gonokokkenfreier Prostatorrhöe bewirkt die interne Verabreichung der Prostatasubstanz eine rapide und dauernde Heilung.

3. Enthält bei nicht complicirten Fällen von chronischer Prostatitis der Ausfluss Tripperpilze, so ist die innerliche Behandlung mit Prostatasubstanz contraindicirt.

4. Treten im Verlaufe der internen Therapie Gonokokken in einem gonokokkenfrei geglaubten Ausfluss auf, so ist dieselbe sofort einzustellen. — (Dermatol. Centralbl. Nr. 4, 1898.) N.

Intraurethrotomie bei weiten Stricturen. Von Dr. A. Kollmann.

In der dermatologischen Abtheilung der 70. Naturforscherversammlung zu Düsseldorf 1898 hat K. eine für weite Stricturen bestimmte Methode der Intraurethrotomie beschrieben, deren Wesentliches darin besteht, die Strictur während der Ausführung des Schnittes durch das Tastgefühl sowohl von vorne als von hinten her sicher einzustellen. Der Zweck, den diese Methode verfolgen soll, ist hauptsächlich der, mit dem Messer lediglich die erkrankte stricturirte Stelle selbst, u. zw. in der Richtung der Längsachse der Harnröhre zu treffen, das nichtstricturirte Gewebe, das davor und dahinter liegt, aber vor dem Messer zu schützen. Nunmehr verfügt K. über ein Instrumentarium, welches die Ausführung des Eingriffes ohne endoskopische Controle gestattet. Es besteht aus dem bisherigen Intraurethrotom und einer über dieses geschobenen Hülse, welche ihrerseits wieder an dem centralen Ende einen Knopf trägt. Während der periphere Knopf des Intraurethrotoms bei gedecktem Messer in der früher üblichen Weise gebraucht wird, um den centralen Strictureingang zu finden und einzustellen, wird der Knopf der verschiebbaren Röhre zur Auffindung des peripheren Strictureinganges benützt; letzterer lässt sich durch Anziehen einer Schraube in jeder Entfernung vom ersten Knopf, also gerade der Länge der Strictur entsprechend fixiren. Dieser, die vordere Grenze der Verengerung markirende Knopf hat stets wenigstens eine Charrièrenummer dicker zu sein, als der für den jeweiligen Fall nöthige centrale Knopf. Hat man den Eingang und den Ausgang der Strictur sicher

eingestellt, so bringt man das Messer aus seiner Deckung heraus und zieht zunächst den centralen Knopf mit sammt dem Messer durch die Strictur nach vorne, das heisst nach dem Orificium externum zu, bis der centrale Knopf an den peripheren anstösst.

Ein anderes Intraurethrotom beruht auf dem Princip der aufschraubbaren zweitheiligen Dehner nach Otis-Oberländer. Das Angenehme bei Verwendung dieses Instrumentes besteht darin, dass man nicht nöthig hat, die für den jeweiligen Fall richtige Stärke der peripheren und centralen Knöpfe erst durch Probiren zu finden, sondern dass man die nöthige Spannung der Strictur, ohne das Instrument aus der Harnröhre entfernen zu müssen, einfach durch Aufschrauben erzeugt. Um den centralen und peripheren Eingang der Strictur durch das Tastgefühl zu finden, trägt das Instrument an seiner dorsalen Branche zwei kleine Hervorragungen; diese sind mit der dorsalen Branche nicht fest verbunden, sondern eine jede von ihnen ist für sich allein nach vor- und rückwärts verschiebbar. Wenn man das Instrument geschlossen eingeführt hat und einen Widerstand dabei nicht bemerkte, so schraubt man es ein wenig auf und geht dann zunächst vorsichtig mit dem centralen Knopf vor- und rückwärts, um zu sehen, ob man damit jetzt einen Widerstand nachweisen kann; ist dies auch jetzt noch nicht der Fall, so schraubt man wieder eine oder paar Nummern mehr auf, bis man schliesslich bei einer Dilatation anlangt, bei der man mit dem Knopf deutlich die Strictur zu erkennen vermag. Hat man die beiden Knöpfe durch Anziehen hiezu angebrachter Schrauben in dieser Stellung fixirt, so schraubt man das Instrument zunächst vorsichtig noch ein paar Nummern höher auf, um die Strictur vollkommen anzuspannen und zieht darauf das Messer nach vorne durch die Strictur. Complicationen, vor Allem grössere Blutungen, hat K. vorläufig nicht erlebt.

Kinderheilkunde.

Die Intubation bei der diphtherischen Larynxstenose in der Privatpraxis. Von Dr. Eugen Schlesinger.

Der Autor plaidirt für die Anwendbarkeit der Intubation in der Privatpraxis unter der Voraussetzung der gleichzeitigen Injection von Antitoxin, seine Erfahrungen erstrecken sich nur auf vier Fälle.

Er hält die stetige Ueberwachung der Intubirten durch einen Arzt, selbst durch eine geschulte Pflegerin für nicht absolut unentbehrlich, wenn der Faden liegen bleibt und durch eine Zahnlücke nach aussen geführt, vom Mundwinkel an bis zur Wange durch Heftpflaster gut verdeckt ist.

Die gegen die Intubation in der Privatpraxis angeführten Uebelstände sind Verstopfung des Tubus in Abwesenheit des Arztes, Ausgehustetwerden des Tubus oder Herausreissen desselben durch das Kind.

Die Verstopfung des Tubus lässt, wenn die Pflegerin gut unterwiesen, denselben mittelst des Fadens auszuziehen versteht, immer genügend Zeit, um den Arzt zur Reintubation herbeizuholen. Die gefährlichen Erscheinungen nehmen gemeinhin ab und der Arzt findet ein schwer athmendes Kind, dem der Tubus noch rechtzeitig wieder eingeführt werden kann.

Noch weniger bedenklich ist das spontane Aushusten des Tubus, was bei Anwendung der kurzen Tuber übrigens seltener vorkommt, als bei derjenigen der langen. auch hier ist immer die Situation, bis der Arzt kommt, wieder so weit günstiger geworden, dass die Reintubation mit Erfolg gemacht werden kann; freilich ist der Arzt in solchen Fällen verpflichtet, die Möglichkeit zu bieten, auch nicht allzuschwer aufgefunden zu werden.

Bevor der Arzt kommt, wird das Kind durch Inhalation von Wasserdämpfen und Trinken warmer Getränke gekräftigt.

Ein Nachtheil der Intubation in der Privatpraxis liegt darin, dass gemeinhin die definitive Extubation später gelingt als im Krankenhause.

Die vom Arzte für das intubirte Kind aufzuwendende Zeit ist nicht wesentlich grösser als die für das tracheotomirte Kind erforderliche. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 14, 1899.)

Ueber Lumbalpunctionen an Kindern. Von Dr. W. Pfaundler.

Pf. bezieht sich auf fast 200 Lumbalpunctionen, die in den letzten fünf Jahren an der Grazer Kinderklinik gemacht worden waren.

Die kleine Operation ist am sitzenden Kinde sehr leicht durchführbar, am besten möglichst weit unten, i. e. im Hiatus sacrolumbalis, um die diagnostisch wichtigen Sedimente zu gewinnen. Pf. empfiehlt die nach Quincke's Angabe von Assmann in Kiel mit Manderin ausgestattete Canüle.

Der gesammte Subarachnoidaldruck ist eine Summe des

Elasticitätsdruckes, ausgeübt vom gespannten Subarachnoidalsacke, des eigentlichen hydrostatischen Druckes und des übertragenen Gefässdruckes (actuelle Gefässspannung und Herzarbeit).

Für das Zustandekommen von Hirndrucksymptomen ist nicht die absolute Höhe des Subarachnoidaldruckes massgebend, sondern nur dessen Beziehung zum Blutdrucke im Gebiete der Hirnarterien, d. h. Hirndrucksymptome werden eintreten, wenn der Hirnarteriendruck dem Subarachnoidaldrucke nicht mehr das Gleichgewicht halten kann. Sehr hoher Druck kommt fast ausschliesslich nur bei Meningitis tuberculosa vor; bei schon feststehender Diagnose der Krankheit kann man aus dem Stande der Druckcurve das Stadium der Krankheit erkennen, sie steigt im Stadium der Hirnreizung, erreicht die Höhe im Stadium des Hirndruckes, um dann allmälig im Stadium der Hirnlähmung und sehr rasch unmittelbar nach dem Tode abzusinken; am stärksten ist der Druck bei starker Betheiligung der Ventrikel und Plexus, am geringsten bei Localisation an der Convexität.

In allen zweifelhaften Fällen spricht normaler Druck bei guter Herzkraft gegen das Vorliegen einer meningealen oder cerebralen Affection.

Frisches Blut in der Punctionsflüssigkeit bedeutet immer Einstichblutung, welche immer einen wesentlichen Nachtheil für die diagnostische Verwerthung der Lumbalpunction bedeutet, älteres Blut bedeutet Trauma oder Pachymeningitis.

Klare Flüssigkeit findet man im Anfangsstadium der Meningitis tuberculosa, sonst bei keiner entzündlichen Affection, beim Stehen bildet sich in der Punctionsflüssigkeit bei der tuberculösen Meningitis ein spinngewebeartiges Sediment.

Eiteriger Inhalt in der Punctionsflüssigkeit bedeutet fast immer eitrige oder epidemische Meningitis, ganz klar wird sie bei Meningitis cerebrospinal. gefunden, bei Meningitis serosa acuta et chronica, bei Hydrocephalus, functionellen Neurosen und Tumoren, bei Urämie, Sepsis etc.

Wichtig und oft lehrreich ist die Untersuchung des Sedimentes (Leukocyten, Bacterien) und die quantitative Bestimmung des Eiweissgehaltes, hoher Eiweissgehalt in klarer Flüssigkeit ist fast beweisend für Meningitis tuberculosa. Die Eiweisscurve steigt constant vom Anfang der Krankheit bis zum Ende (0·05 bis 0·95%).

Verschwinden des normalen Zuckers aus der Punctionsflüssigkeit bedeutet mit grosser Wahrscheinlichkeit einen exsudativen Process. Die Menge der bei der Punction gewonnenen Flüssigkeit und die Ausflussgeschwindigkeit sind diagnostisch nicht gut verwerthbar, von entscheidender diagnostischer Bedeutung ist die bacteriologische Untersuchung der Flüssigkeit.

Die Tuberkelbacillen findet man entweder in dem bereits erwähnten Fibrinnetze der Punctionsflüssigkeit oder durch wiederholtes Centrifugiren. Bei Meningitis purulenta findet man pyogene Mikroben (Pneumokokken, Staphylokokken und bei der epidemischen Meningitis den charakteristischen Meningococcus intercellularis.

Untersuchungen der Cerebrospinalflüssigkeit an Kindern, welche der „Spitalkachexie" erlegen waren, bestätigen bis zu einem gewissen Grade die Vermuthung, dass es sich dabei um eine Art von kryptogenetischer Sepsis handeln könne.

In Bezug auf die therapeutische Leistungsfähigkeit der Lumbalpunction ergibt sich aus dem unzweifelhaften Einfluss auf imminente Gefahr durch Hirndruck- und auch Hirnreizerscheinungen, vor Allem aber daraus, dass durch Befreiung der Blut- und Lymphgefässe in den subarachnoidalen Wendungen ein beachtenswerther Heilfactor in Action tritt und dass durch Entfernung eitriger Flüssigkeiten gewiss einer wichtigen Heilbestrebung Rechnung getragen wird.

Pf. hat auch günstige Wirkungen der Punction auf den Hydrocephalus gesehen und in keinem Falle irgend welche üble Folgen ernsterer Art, vorausgesetzt, dass man sorgfältig aseptisch verfährt, wenn man nicht zu rasch und zu viel Flüssigkeit ablaufen lässt; auch verursacht die Operation nur ganz belanglose Schmerzen. — (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 49, H. 3 u. 4.)

Ueber Säuglingspflege und ihre Erfolge. Von Dr. L. Berton.

B. verweist wieder einmal auf die längst bekannte und schon vielfach erörterte Thatsache, dass künstlich ernährte Säuglinge, die in Kinderspitälern Aufnahme gefunden haben, auch wenn sie gar nicht an Ernährungsstörungen gelitten haben, auch wenn sie von der primären Erkrankung geheilt sind, welche die Ursache für die Aufnahme gewesen, dort auffallend schlecht gedeihen und einen bedenklichen Rückgang in ihrem Ernährungszustande erleiden.

Man hat auch an der Grazer Kinderklinik die Ursachen für diese Thatsache zu erforschen gesucht.

Es hat sich dabei neuerdings die schon vielfach constatirte Beobachtung machen lassen, dass die Säuglinge im Spitale um so gefährdeter sind, je jünger sie sind.

Wenn das Verhalten der Säuglinge an der Klinik bei verschiedenen Ernährungsformen in Betracht gezogen wurde, so ergab sich:

1. Bei der Ernährung mit Vollmilch, welche nur in vereinzelten Fällen bei solchen Säuglingen durchgeführt wird, von welchen die Fettmilch refusirt wird oder bei der Fettmilchverabreichung Fettdiarrhöe eintritt, beobachtete man einen dyspeptischen (zerfahrenen, dissociirten), auf mangelhafte Ausnützung hinweisenden, auch schleimige Beschaffenheit zeigenden Stuhl.

2. Bei der Ernährung mit Gärtner'scher Fettmilch ergab sich, dass dieselbe von ganz jungen Kindern gut vertragen und ausgenützt wurde, und dass bei Kindern, welche mit harten und knolligen Stühlen ins Spital kamen, die reine oder anfangs verdünnte Fettmilch die Beschaffenheit der Stühle bald verbesserte (gut verdaute Fettmilchstühle von homogenem, salbenförmigen, hellgelben Aussehen), aber selbst wenn die Stühle einen mehr lettigen Charakter hatten, nahmen dabei die Kinder doch vielfach gut zu.

Allein von der „Spitalskrankheit“ blieben auch die Fettmilchkinder nicht durchwegs verschont.

Die Erfolge bei den fettmilchernährten magendarmkranken 40 Kindern waren günstig bei 14 einfach dyspeptischen, von den 26 schwer erkrankten starben allerdings 10, meist aber nur, weil Complicationen eintraten, die nicht zu verhindern waren, denen aber die sehr schwachen Kinder keine genügende Resistenz entgegensetzen konnten.

3. Die Molkenernährung, über welche an der Klinik nur sehr geringe Erfahrungen gemacht werden konnten, eignet sich nur für sehr junge und lebensschwache Kinder mit sehr empfindlichem Darme, wenn sie hartnäckig dyspeptische quarkähnliche Stühle haben und immer an Gewicht verlieren.

An der Grazer Klinik wurde auf die Empfehlung eines amerikanischen Arztes Weinmolke verabreicht. Diese wurde bereitet, indem 1 l Milch mit $^1/_8$ l Rothwein bis zur Gerinnung erwärmt, dann durch Leinwand colirt und mit 4% Milchzucker versetzt wurde. Es kam aber auch Laab- und Alaunmolke zur Verwendung, die mit Milch versetzt wurde, nachdem das

Laab durch Aufkochen, der Alaun durch vorsichtiges Neutralisiren unwirksam gemacht worden war.

4. Die Pfund'sche Säuglingsnahrung, bei welcher das schwer verdauliche Kuhcaseïn durch Hühnereiweiss ersetzt wird (als Grundlage dient verdünnter Rahm oder Fettmilch), kam bei 3 sehr jungen Säuglingen zur Anwendung und gab ermunternde Resultate.

Wenn man nach den Ursachen der „Spitalskrankheit" forschte, so ergab sich, dass entweder Krankheitskeime, welche zu verhängnissvollen Darmkrankheiten führten, von aussen eingeschleppt worden waren, dass Hausepidemien herrschten, muthmasslich durch Streptokokken erregt, oder dass sich Complicationen einstellten in Organen ausserhalb des Verdauungsapparates, welche den schwachen Kindern verhängnissvoll wurden, Coryza, Pneumonien, Furunculose oder zufällige Complicationen, Cystitis, hervorgerufen durch Bacterium coli, Erysipel, acute Miliartuberculose; eine Reihe dieser Complicationen wird man berechtigt sein, als kryptogenetisch-septische Processe aufzufassen. — (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 49, H. 2 u. 7.)

Pharmakologie und Toxikologie.

Ueber die Wirkungsweise der Mydriaca und Miotica.[1]) Von Dr. Paul Schultz. (Physiolog. Institut zu Berlin.)

Vf. hat mit Rücksicht auf mannigfache auf diesem Gebiete herrschende Widersprüche die Lehre über die Angriffspunkte der wichtigsten Mydriaca und Miotica auf Grund der in den letzten Jahren neuerworbenen Kenntnisse über die Musculatur und Inneraction der Iris in gründlichster Weise durchgearbeitet. Es sei aus dem reichen experimentellen Material hier nur das Wichtigste hervorgehoben. Den grundlegenden Beweis, dass Atropin durch Lähmung der Nervenendigungen des Oculomotorius im Sphinkter wirke, konnte Vf. bestätigen, indem Reizung der N. ciliares breves, welche die vom Oculomotorius anlangenden Erregungen dem Sphinkter zuleiten, nach Atropin nie mehr Verengerung hervorrief; dass eine gleichzeitige Reizung der Dilatatorfasern aber an der Atropinmydriasis nicht betheiligt ist, liess sich dadurch zeigen, dass der nach der Atropinisirung des

---

[1]) Wie der Vf. hervorhebt, ist diese Schreibweise etymologisch die richtige, während die Wortbildung „Mydriaticum" und die Schreibweise Myoticum zu verwerfen sind.

Katzenauges immer noch mehrere Millimeter breite Irissaum durch Reizung des den Dilatator versorgenden Halssympathicus prompt zum Verschwinden gebracht wird. Dass das Atropin die Muskelelemente der Iris selbst intact lässt, konnte in neuer Weise erwiesen werden; die ausgeschnittene Katzeniris contrahirte sich auch in 5%iger Atropinlösung auf elektrischen Reiz. Für die Cocaïnmydriasis liess sich durch Exstirpation des Ganglion cervicale supr. der Nachweis führen, dass dieses Gift im Gegensatz zum Atropin durch Reizung der Nervenendigungen im Dilatator Pupillenerweiterung erzeugt; denn nach der Degeneration der von diesem Ganglion abgehenden Dilatatorfasern erhält man durch Cocaïn keine Erweiterung mehr. So wird es auch verständlich, wie Cocaïn selbst nach vollständiger Atropinmydriasis, also nach vollständiger Lähmung des Sphinkter noch stärkere Erweiterung eben durch Reizung der Erweiterer zu erzeugen vermag. Für das Physostigmin kommt Vf. zu dem Resultate, dass dasselbe nicht, wie man bisher allgemein angenommen hatte, die Musculatur des Sphinkter, sondern wie das Muscarin die Nervenendigungen des Oculomotorius im Sphinkter reize. — (Arch. f. Anat. u. Physiol. Physiolog. Abth. 1898.)

Die Resorbirbarkeit des Hämatins und die Bedeutung der Hämoglobinpräparate. Von Dr. Prof. v. Starck.

Nachdem vom Vf. darauf hingewiesen, dass die Untersuchung des Eisenstoffwechsels nach interner Zufuhr von Hämatin (Voit, Cloëtta) zu dem Schlusse geführt hat, dass das in Form von Hämatin eingeführte Eisen im Magendarmcanal nicht resorbirt werde, während die Resorption kleiner Mengen anorganischen Eisens durch die Versuche von Kunkel, Quincke und Hochhaus, Gaule etc. feststeht, theilt er Versuche mit, in denen er mikrochemisch nach der Methode Quincke's die Fe-Resorption im Duodenum bei Meerschweinchen untersuchte, welche nach vorangegangenem Hungern entweder Hommel's Hämatogen oder Pfeuffer's Hämoglobinsyrup oder endlich die entsprechende Menge Eisen in Form von Syrup. Ferri oxydat. solub. erhalten hatten. Nur bei dem Meerschweinchen, welches Eisen als Eisenzucker erhalten hatte, fanden sich im Duodenum Zeichen gesteigerter Eisenresorption, während nach Darreichung von Hämoglobin eine vermehrte Fe-Resorption nicht nachweisbar war. Nach subcutaner Injection wurde Hämatin wie auch Hämoglobin resorbirt, aber viel langsamer als das Letztere. Für die Darreichung der Hämo-

globinpräparate per os geht daraus hervor, dass eine Eisenwirkung durch Resorption des Eisens aus dem Hämoglobin, das ja im Magen in Hämatin umgewandelt wird, nicht zu erwarten ist und in dieser Richtung die Hämoglobinpräparate nicht an Stelle von anorganischen und organischen Eisenpräparaten treten können, deren Resorbirbarkeit festgestellt ist. Hingegen constatirt auch der Vf. eine appetitanregende Wirkung der Hämoglobinpräparate. Da bei der ausgedehnten Anwendung von Hämoglobinpräparaten, die infolge der Reclame für diesen „vollkommenen Blutersatz" Mode geworden ist, die Resorbirbarkeit des Eisens in dieser Form vorausgesetzt wird, so erscheinen die Versuche des Vf.s sehr zeitgemäss. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 52, 1898.)

Stoffwechselversuche mit Somatose und Nutrose. Von Dr. R. Neumann. (Aus dem Hygienischen Institute der Univ. Würzburg.)

In einem sehr gründlichen Stoffwechselversuche an sich selbst vergleicht Vf. die Wirkung der Somatose, des bekannten und von ärztlicher Seite so oft gelobten Albumosenpräparats mit einem Caseïnpräparat, der Nutrose. In einer Vorperiode setzte sich Vf. mit einer absolut gleichbleibenden Nahrung ins N-Gleichgewicht und ermittelte den Einfluss des Eiweisspräparats auf den N-Wechsel während der Versuchsperiode und einer Nachperiode. In der Somatoseperiode stellte sich vor Allem heraus, dass 40 bis 50% der dargereichten Somatose unresorbirt im Kothe wieder erschienen, die Ausnützung des Eiweisspräparats war demnach eine sehr schlechte. Hingegen ergab sich in dem Versuche mit Nutrose (Natriumverbindung des Caseïns), dass die Ausnützung eine sehr gute, ja dem Eiweiss im Fleische gleiche war. Der Versuch spricht sehr zu Gunsten des Caseïnpräparats. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 3, 1898.)

Untersuchungen über die Wirkung verschiedener Gifte auf das isolirte Säugethierherz. Von Dr. Johannes Bock. (Aus dem Laboratorium für exp. Pharmakologie zu Strassburg.)

Bekanntlich musste man sich bis in die neueste Zeit bei dem Studium der Wirkung verschiedener Stoffe auf das Herz auf die Isolirung des Froschherzens beschränken, während pharmakologische Versuche am isolirten und überlebenden Säugethierherzen nur in unvollkommener Weise ausführbar waren. Da aber die Thätigkeit des Herzens in vielfacher Weise vom centralen

Nervensystem und von dem wechselnden Widerstande des Gefässsystems beeinflusst wird, so erfordert jede Veränderung der Herzarbeit eine eingehende Analyse zur Entscheidung der Frage, ob der experimentelle Eingriff einen directen oder indirecten Einfluss ausgeübt hat. Es ist deshalb ein bedeutungsvoller Fortschritt der Methodik, dass auch das isolirte, vom Nervensystem völlig unabhängige Warmblüterherz an einem künstlichen Kreislauf von völlig unveränderlichem Widerstande stundenlang fortarbeiten kann. Der Vf. lässt — wie auch eine zweite, fast gleichzeitig erschienene Studie von E. Hernig (Prag) — das Blut nur durch Herz und Lungen circuliren, während der gesammte Körperkreislauf durch eine Verbindungsleitung zwischen Carotis und Jugularis derselben Seite ersetzt ist. An künstlich respirirten Kaninchen wird die absteigende Aorta und die beiden A. subclaviae unterbunden, die eine Carotis wird mit dem Manometer eines Kymographions verbunden; aus der anderen Carotis, die dem Blutstrom dann allein noch offen steht, fliesst das circulirende Blut aus der linken Herzkammer durch ein System mit constantem Widerstande in die Vene und das rechte Herz und von da durch die Lunge, während ein kleiner Theil des Blutes im Coronarkreislauf des Herzens circulirt. Ein so vorbereitetes Herz arbeitet stundenlang regelmässig fort, die Einwirkung des Centralnervensystems ist völlig weggefallen und die Herzbewegungen nur von dem Zustande der Herzmusculatur und von den nervösen Elementen des Herzens selbst abhängig. Der Vf. hat nun das isolirte Warmblüterherz unter dem Einflusse einer Reihe von Giften studirt. Bei der Untersuchung der narkotisch wirkenden Verbindungen der Fettreihe ergab sich, dass die haloidfreien Verbindungen (Aether, Alkohol, Pental) nur geringen Einfluss auf das Herz zeigten und in grösseren Mengen zugeführt werden mussten, um ein Sinken des Blutdrucks in dem Präparate hervorzurufen. Dagegen verursachten alle haloidhaltigen Narkotica (Chloroform, Chloral, Aethylbromid, Aetylenbromid, Methyljodid) eine sehr bedeutende Schädigung der Herzarbeit, ein Ergebniss, das mit dem Vergleiche der Aether- und Chloroformwirkung auf das Froschherz gut übereinstimmt. Die Stoffe der Digitalisgruppe riefen auch am isolirten, von vasomotorischen Veränderungen unabhängigen Warmblüterherzen eine Drucksteigerung im künstlichen Kreislauf hervor — in Uebereinstimmung mit den für die Digitaliswirkung vom isolirten Frosch-

herzen her bekannten Thatsachen. — (Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 41, H. 2 u. 3.)

Ueber das Ricinusgift. Von Arthur R. Cushny.

Vf. theilt neue Untersuchungen über jenes in den Ricinussamen enthaltene ungemein heftige Gift mit, das seit einer Arbeit von Kobert und Stillmark als ein Toxalbumin bezeichnet wird und grosse Aehnlichkeit mit manchen Bacteriengiften zeigt. Stillmark nannte das Gift Ricin und erklärte es für einen Eiweisskörper. Da nun Vf. zeigt, dass es eine sehr ausgesprochene Eigenschaft des Ricins ist, mit allen Niederschlägen, besonders aber mit Proteïden auszufallen, so musste die Frage aufgeworfen werden, ob nicht das wahre Gift dem Eiweisskörper nur als Verunreinigung anhänge, und der Versuch gemacht werden, das Gift vom Eiweiss zu trennen. Dies gelang aber auf keine Weise, so dass man zu dem Schlusse gelangt, dass das Ricinusgift entweder selbst ein Eiweisskörper sei oder sich wenigstens mit einem Eiweisskörper in einer Verbindung befindet, aus der es nicht frei zu machen ist. Die tödtliche Wirkung des Giftes führt Vf. nicht wie Stillmark auf die von jenem Autor beobachtete, dem Gerinnungsvorgange ähnliche Blutwirkung, sondern auf die entzündungserregenden Eigenschaften des Ricins zurück. — (Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 41, H. 6.)

Kleine Mittheilungen.

Dr. Robert T. Edes bezeichnet **Sulfonal** und **Trional** als die besten modernen Hypnotica. Dieselben sind jedoch nicht gleichwerthig zu gebrauchen, insofern als jedem dieser beiden Mittel besondere Eigenschaften zukommen, die eine verschiedene Indicationsstellung verlangen. Das Sulfonal eignet sich am besten für einen Patienten, der schon mehrere Nächte nicht mehr geschlafen hat und von dem sich erwarten lässt, dass er ohne Medication wiederum nicht schlafen würde. In diesem Falle kann man das Mittel schon frühe geben, etwa um 6 oder 7 Uhr Abends, und die gewünschte Wirkung wird dann zur gewöhnlichen Schlafenszeit eintreten. Anders verhält es sich mit dem Trional. Dieses ist geeignet für Fälle, in denen der Patient wohl einschläft, aber meist nach kurzem Schlaf erwacht und dann ohne Hypnoticum nicht mehr einschlafen kann. Trional kann dann zu irgend einer Zeit in der Nacht genommen werden, sobald ein Bedürfniss dafür vorhanden ist, und die Wirkung lässt

nicht so lange auf sich warten, wie bei dem Sulfonal. — (Journ. of the Am. med. Ass.; New-York. med. Monatsschr.)

Einige Beobachtungen über die Wirkung subcutaner Injectionen einer 2½%igen Lösung von Natrium cinnamylicum auf Tuberculöse. Von Dr. J. Lowzki. Unter Leitung von Prof. Schapiro behandelte Vf. ambulatorisch im klinischen Institute der Grossfürstin Helene Pawlowna 8 Phthisiker mit Natrium cinnamylicum. Von einer 2½%igen Lösung desselben wurden 2mal wöchentlich, allmälig steigend, 1—6 Theilstriche der Pravaz'schen Spritze in die Unterschulterblattgegend subcutan injicirt. Die Ergebnisse dieser Behandlung waren folgende: Die Schweisse waren während der Behandlung geringer und schwanden endlich vollständig. Bei fast allen Patienten wurde eine Gewichtszunahme beobachtet. Die Zahl der Bacillen im Sputum nahm ab und in einem Falle schwanden dieselben temporär vollständig, erschienen aber darauf in sehr geringer Quantität wieder. Das eitrige Sputum wurde schleimig. Die Patienten husteten weniger. Bei wenig ausgebreiteter Affection der Lungen und geringem Fieber traten ziemlich rasch subjective und objective Besserungen ein. Bei Patienten mit ausgebreiteten Veränderungen trat die Besserung langsamer ein. Auf die Phthisis florida hatten die Injectionen, scheinbar, keinen günstigen Einfluss. — (Wratsch; Petersb. med. Wochenschr.)

Ueber den Wechsel der Ansichten in Bezug auf **Aderlass** referirte Maragliano auf dem italienischen medicinischen Congresse (Münchn. med. Wochenschr.) in folgender Weise: Nachdem der Aderlass lange vollständig discreditirt gewesen, fängt man an, sich nach und nach davon zu überzeugen, dass derselbe doch einen bestimmten Platz in der Therapie verdient. Der Aderlass ist indicirt bei der Pneumonie. Bei Störungen im kleinen Kreislauf gibt es kein wirksameres Mittel, drohender Herzlähmung vorzubeugen; die Kleinheit des Pulses darf dabei keine Contraindication sein; man sieht, wie derselbe sofort nach dem Aderlass die verlorene Energie wieder gewinnt. Ueber den Nutzen des Aderlasses bei Apoplexien und Atheromatose der Arterien, wie ihn Sacharjin und nach ihm auch deutsche Autoren betonen, sind die Meinungen noch getheilt; doch darf man sagen, dass die Einwendungen doctrinärer Art sind und dass die klinische Erfahrung für die günstige Wirkung desselben spricht. Auch hier bildet bei sonst kräftigen Constitutionen ein kleiner Puls kein

Hinderniss, weil er bedingt sein kann durch Veränderung der Herzinnervation, wie sie die Apoplexie herbeigeführt hat. Eine Quantität von 200 bis 400 cm³ kann schon eine beträchtliche Depletion bewirken. Kommt es auf eine Entleerung aus der Vena cava inferior an, so ist die Venaesectio am Fusse zu bewirken. Baccelli betont den Einfluss einer Venaesectio der Vene des Fussrückens auf die Nierencirculation. Sacharjin ist ein warmer Vertheidiger auch der örtlichen Blutentziehungen, denen er durch Veränderungen des Blutdruckes eine revulsive Wirkung zuschreibt. Lässt sich auch die günstige Wirkung derselben nicht immer erklären, so sind die Resultate doch in der That ermuthigend. Die depurative Wirkung des Aderlasses, wie sie schon Galen betonte, ist mit Unrecht vollständig verworfen. Bayer hat das Verdienst, diese Indication für die Urämie wieder aufgenommen zu haben. Mit Unrecht hat man entgegnet: man entziehe durch einen Aderlass zu wenig toxische Substanzen aus urämischem Blute. Bouchard hat nachgewiesen, dass 500 g Blut eines Urämikers 8 g Extractivstoffe enthalten, ein Quantum, welches die Niere normalerweise erst in 24 Stunden auszuscheiden vermag, während anderseits 4½ l diarrhoischer Stuhlgang und 1·6 l Schweiss zu dem gleichen Quantum nöthig sind. Bei der Urämie sei die Blutentziehung eine reichliche, 500 bis 1000 cm³, dabei empfiehlt sich zugleich intravenöse Injection physiologischer Kochsalzlösung. Der Aderlass kann aber auch, wie viele neuere Autoren festgestellt haben, bei chlorotischen Zuständen von günstiger Wirkung sein. Bizzozero, Salvoli, Hayem machten darauf aufmerksam, dass Blutverluste die Thätigkeit blutbildender Organe anregen und die Production rother Blutkörperchen begünstigen. Hier werden kleine Blutentziehungen von 50 bis 100 cm³, etwa vierwöchentlich wiederholt, empfohlen. — (New-York. med. Wochenschr.)

Ueber Cosaprin und Phesin, zwei Ersatzmittel für Antifebrin und Phenacetin. Von Dr. Richard Rosen. Vf. hat beide Mittel bei 50 Fällen angewendet. Er fand, dass dieselben bei Influenza und acuten rheumatischen Affectionen — für den acuten Gelenksrheumatismus steht die ausreichende Prüfung noch aus — ein sicher wirkendes Mittel sind. Man gibt möglichst grosse Dosen, am besten zweistündlich 1 g Cosaprin; nach eingetretener Besserung verringere man die Dose, vielleicht auf dreimal täglich 1 g. — (Therap. Monatsh.)

Genesung nach einer grossen Dosis Strychnin. Ein Mann hatte $1^1/_3$ g Strychnin in selbstmörderischer Absicht genommen. Der herbeigerufene Arzt verordnete Hühnereiweiss und liess unmittelbar darauf einen Theelöffel von Senf in einem Glas Wasser verabreichen. Dieses Verfahren wurde bis zur vollständigen Entleerung des Magens fortgesetzt. Während dieser Zeit traten bei bewegungslosen, straffen Extremitäten heftige Krämpfe in den oberen Körpertheilen auf, welche durch das geringste Geräusch in der Umgebung oder durch die leiseste Berührung von Neuem hervorgerufen wurden und sich während eilf Stunden 40mal mit einer 10—30 Secunden langen Dauer wiederholten. Zur Stillung des heftigen Durstes diente Eiswasser, und um die Heftigkeit der Anfälle zu mildern, liess man Aether einathmen. Weiters wurden bis zur Gesammtmenge von 20 g halbstündlich 3 g Bromkali verabreicht, sowie alle zwei Stunden 0·03 g Morphin subcutan applicirt, wodurch der Schmerz in den unteren Extremitäten gebannt und die drohende Asphyxie beseitigt erschien. Nach zwölfstündiger Behandlung war jede Gefahr beseitigt. — (Phil. Med. J.; Ph. P.)

Neuere Arzneimittel und Receptformeln.

Sulfosot ist nach Gehe & Co. eine 10%ige Lösung eines Gemisches von guajakol- und kreosolsulfosaurem Kalium in Sirup. Das Präparat wird als Antiphthisicum theelöffelweise mehrmals täglich genommen. — (Ph. Ztg.; Ph. P.)

Phenegol, ein neues Antisepticum. In der letzten Sitzung der Pariser Société medico-chirurgicale berichtete Gautrelet über die Darstellung dieses Präparats: Die nitrirten Derivate der Paraphenolsulfosäure verbinden sich leicht mit Quecksilber. Derartige Verbindungen nennt man im Allgemeinen Egole und unterscheidet sie dann wieder, je nach den als Grundlage dienenden Phenolen, als Phenegol, Cresegol, Thymegol. Die Egole sind stabile Verbindungen, ihre Reactionen lassen nicht auf ihre Componenten schliessen. Das Phenegol entspricht der Formel:

$$C_6H_5\left\langle\begin{matrix}O \\ —NO_2 \\ SO_3K\end{matrix}\right. = Hg = \left.\begin{matrix}O \\ NO_2— \\ SN_3\end{matrix}\right\rangle H_5C_6$$

ist also das Quecksilber-Kaliumsalz der Nitroparaphenolsulfosäure. Es bildet ein rothbraunes, in kaltem Wasser in allen Verhältnissen lösliches, geruch- und geschmackloses Pulver, das circa 33% Quecksilber enthält und weder ätzend, noch reizend wirkt. Es coagulirt kein

Eiweiss, fällt aber Toxine, wird durch organische Substanzen nicht zersetzt und rasch aus dem Körper ausgeschieden. Obwohl die bactericide Kraft des Präparats eine ziemlich bedeutende ist (es sterilisirt jede Bacteriencultur in 0·4%iger Lösung), ist seine Giftigkeit gleich Null, denn erst 2 g per Kilogramm Versuchsthier wirken toxisch. Da die Lösungen des Phenegols Metalle nicht angreifen, können sie zum Sterilisiren von Instrumenten verwendet werden. Die Verbindung ist äusserst stabil; um sie zu zersetzen, muss man sie mit Salzsäure und Kaliumcarbonat auf 400° erhitzen. Es ist deshalb nicht zu befürchten, dass die Lösungen des Phenegols durch irgend welchen medicamentösen Zusatz alterirt werden. Subcutane Injectionen des Präparats wurden von Versuchsthieren anstandslos vertragen. Die antiseptischen Eigenschaften des Phenegols sind keineswegs ausschliesslich seinem Gehalte an Quecksilber zuzuschreiben. — (Ph. P.)

Extractum Aspidii spinulosi. Dr. W. Sauréw empfiehlt das Extract, bereitet durch Ausziehen des getrockneten Pulvers mit Aether (Ausbeute 10%), in Dosen von 3 bis 4 g als Bandwurmmittel. Vorher Hungercur, am Abend vor Darreichung des Mittels ein Glas Bitterwasser, 1½ Stunden nach Darreichung wieder Bitterwasser. — (Therap. Monatsh.; Ph. P.)

Bei Keuchhusten:

Rp. Pulv. rad. Bellad. } āā 0·01
Pulv. rad. Ipecac. }
Chinini mur. 0·15
Elaeosacch. foenic. 0·5

M. f. p. d. tal. dos. Nr. 10 D. in charta cerata.

S. Morgens und Abends 1—2 Pulver zu nehmen.

Statt Morphin:

Rp. Heroïni (Di-Essigsäure-Ester des Morphin) 0·005—0·01—0·015
Sacch. alb. 0·5

D. tal. dos.

M. D. S. 3—4mal täglich je 1 Pulver bei Hustenreiz, Brustschmerzen u. s. w. Keine Nebenwirkungen wie bei Morphin. — (Dreser.)

Bei Rheumatismus art. chron.:

Rp. Euphorin 0·2—0·4
M. f. p. d. tal. dos.
M. D. S. Täglich 2—4 Pulver.

Bei Verbrennungen:

1. Rp. Kalii sozojodol. 5·0
Talc. venet. 20·0
S. Streupulver.

2. Rp. Natrii sozojodol. 4·0
Lanolini 40·0
S. Brandsalbe. — (Zeitschr. f. Therapie.)

Als Stomachicum:

Rp. Orexini hydrochlor. 2·0
Extr. Gent.

Pulv. rad. Alth. q. s. ut f. pill. XX. Obducantur gelatina.

D. S. 1—2mal täglich je 1—3 Pillen in einer Tasse Fleischbrühe zu nehmen. — (Penzoldt.)

Bei Rhachitis:

Rp. Phosphori 0·01
Ol. Amygd. 10·0
Aq. dest. 80·0
Gummi arab. 10·0
M. f. emulsio.
D. S. 1 Theelöffel täglich. — (Soltmann.)

Bei Eczema chron.:

Rp. Picis liquid.
Sapon. virid.
Spirit. } āā 20·0
M. f. linimentum.
S. Zum Einreiben. — (Hebra.)

Gegen Haarschwund:

Rp. Acid. hydrochlor. 5·0
Alcohol. 50·0
M. D. S. Abends in die Kopfhaut, mit Wasser noch ein wenig verdünnt, einzureiben. — (Barie.)

Bei Hydrops:

1. Rp. Dct. rad. Apocyni e 5·0—10·0 ad 200—250·0
S. 3mal täglich je 1—2 Esslöffel voll.

2. Rp, Tct. Apocyni 20·0
D. S. 2—4mal täglich je 5 bis 10—20 Tropfen. — (Liebreich.)

Als Antihelminticum:

Rp. Pelletierini sulf. 0·3
Acid. tannici 0·5
Aq. dest. 30·0
M. D. S. Auf einmal oder in 2 Portionen innerhalb einer halben Stunde zu nehmen. Unmittelbar nachher lässt man 1 Glas Wasser trinken und eine halbe Stunde später Inf. Sennae nehmen. — (Dujardin-Beaumetz.)

Sitzungsberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Ueber Infectionsgefahr bei Tuberculose.

Cornet wendet sich gegen die von Flügge ausgegangene Bekämpfung der von C. zuerst durch zahlreiche Thierversuche erhärteten Infectionsgefahr des eingetrockneten tuberculösen Sputums und der davon ausgehenden Tuberculoseprophylaxe. Diese Anschauungen hat Flügge vor etwa einem Jahre umzustürzen versucht, indem er die Staubinfectionslehre C.'s für unbewiesen, dagegen es für wahrscheinlich erklärte, dass in den beim Husten des Phthisikers verspritzten Tröpfchen, also in der sogenannten Tropfeninfection die hauptsächlichste Ursache und Gefahr der Inhalationstuberculose zu sehen sei. Würde diese Flügge'sche Anschauung auf richtigen Prämissen beruhen, so würde das auch eine völlige Umgestaltung der von C. inaugurirten Tuberculoseprophylaxe bedeuten und alle Massregeln, die bisher in dieser Beziehung gemacht sind, würden fast oder völlig nutzlos sein. Bei der schweren Vermeidbarkeit der sogenannten Tropfeninfection würde dann auch die Folge eintreten, dass die bisherige Beruhigung in der Bevölkerung wieder aufhören, die Angst vor der Schwindsuchtsansteckung grösser sein und wir der Prophylaxe wieder wie früher mit gebundenen Händen gegenüberstehen würden. Zum Nachweis der Unrichtigkeit der Flügge'schen Anschauungen recapitulirt C. abermals seine Versuche, über die er bereits im März 1898 in der Berliner medicinischen Gesellschaft berichtet hat, und legt die Gründe dar, weshalb diese seit 1888 begonnenen Versuche anfangs negative, die seitdem jedoch vorgenommene Modification und die annähernde Nachahmung der menschlichen Verhältnisse positive Resultate ergeben hat. Durch diese Versuche

sei über allen Zweifel bewiesen, dass trockenes, zerstäubtes Sputum in entsprechend trockener Luft Inhalationstuberculose hervorruft, und die früheren negativen Ergebnisse lediglich eine Folge der falschen Versuchsanordnung gewesen sind. Die nächste Aufgabe der Forschung dürfte die Feststellung der Grenze sein, bis zu welcher noch genügend fein pulverisirtes Sputum Infectionsgefahr birgt. C. bestreitet dann weiter die Richtigkeit des Flügge'schen Einwands von der zufälligen Beimengung der Tuberkelbacillen zu dem Luftstaub, indem er darauf hinweist, dass nur bei den unreinen Phthisikern die Tuberkelbacillen in der Umgebung gefunden werden, während das bei den zahlreichen Kranken, die mit ihrem Auswurf vorsichtig umgehen, nicht der Fall ist. Wenn, wie C. nachgewiesen, Sputum sich in so feinen Staub verwandelt, dass es eingeathmet tief in die Luftwege hineingerathen kann, so ist mit diesem Nachweis schon die ganze Frage in einem Flügge's Anschauungen entgegengesetzten Sinne entschieden. Uebrigens enthält ein einziges getrocknetes Sputum mehr Bacillen, als die gespritzten Tröpfchen. Auch will C. schon lange vor Flügge darauf aufmerksam gemacht haben, dass auch bei intensivem Husten eine gewisse Versprengung von Tuberkelbacillen stattfinden kann; aber es sei fraglich, ob dieser Zerstäubung eine grosse praktische Bedeutung beizumessen sei. Meistens sind es nicht Tuberkelbacillen, sondern Schleim vom Rachen, von der Gaumenhaut, Mundspeichel etc., der verspritzt wird. Es fehlt der Nachweis, dass der Mundspeichel auch nur annähernd so reich an Tuberkelbacillen ist, wie das Sputum; die Versuche mit dem Prodigiosusbacillus sind nicht beweisend. Ab und zu mögen im Mundspeichel Tuberkelbacillen vorkommen, aber ein regelmässiger und reicher Gehalt an denselben ist keinesfalls nachgewiesen. — C. berichtet über seine zur Entscheidung dieser Frage auf der Marburger Klinik angestellten Versuche, wo er von zahlreichen intensiven Phthisikern unmittelbar beim Husten den Speichel etc. in Glasschalen auffangen liess; dieser wurde am folgenden Tage in 4 g sterilisirten Wassers ausgewaschen und der Inhalt einer solchen Schale Meerschweinchen injicirt. Von 18 wurden nur vier tuberculös; in einer zweiten Versuchsreihe von 15 geimpften Meerschweinchen kein einziges. Da es sich dabei um schwerkranke Phthisiker mit sehr reichem Tuberkelbacillengehalt des Sputums handelte, und nur die explosiven Hustenstösse berücksichtigt, also die günstigsten Bedingungen hergestellt waren, so ist aus dem Ergebniss der Versuche der Schluss statthaft, dass beim blossen Aushusten nur in sehr geringer Menge Bacillen in die Umgebung gelangen. Auch zahlreiche andere Forscher haben sich in diesem Sinne ausgesprochen. Das eigentliche tuberculöse Sputum ist ausserordentlich consistent, mit einem Mantel zähen Bronchialschleims umgeben, die Verbreitung der Bacillen dadurch verhindert; auch die Cohärenz des eigentlichen Sputums verbietet jeden Vergleich mit dem Speichel. Nach den Flügge'schen Anschauungen wäre es auch schwer zu erklären, dass Personen, die eine Wohnung beziehen, in der vorher ein Phthisiker war, noch nachträglich sich inficiren. Sollte da etwa der Auswurf noch in der Luft schwimmen? Hier bleibt als einziger Erklärungsgrund nur das Vorhandensein getrockneter Sputa übrig, was C. noch nach sechs Wochen in einem Falle nachweisen konnte. Die Tropfenzerstäubung habe für die Tuberculose keine ausschlaggebende Bedeutung, vielleicht eher noch für andere Krankheiten, Lepra, Diphtherie, Influenza. Doch solle man sich auch hierbei vor theoretischen Verallgemeinerungen hüten; die Verhältnisse seien auch hierüber noch durch Specialstudien genauer aufzuklären. Eine Hauptgefahr der Flügge'schen Anschauungen

liegt darin, dass Flügge die prophylaktischen Massregeln als nutzlos und den Kernpunkt der Sache nicht treffend hinstellt. Hiergegen sprechen aber die Erfahrungen in Preussen, wo nach statistischen Feststellungen seit der Einführung der von C. vorgeschlagenen Massnahmen die Sterblichkeit immer grössere Abnahme erfahren hat (von 32·5 und 30·8 auf je 10.000 lebende, resp. durchschnittlich 31·4 auf 21·8 im Jahre 1897) also fast auf $^1/_3$ der früheren Sterblichkeit gesunken ist. Wenn Flügge erwähnt, wie schwer es ist, das Volk zur Prophylaxis zu erziehen, so ist es bedenklich, diejenigen Massnahmen, die kaum im Volke festen Fuss zu fassen angefangen haben, als nutzlos zu discreditiren. Hätte Flügge sich beschränkt, darauf aufmerksam zu machen, dass auch aus der Tropfenzerstäubung Gefahr der Ansteckung droht, so könnte man ihm nur beipflichten, z. B. auch in dem Rath für Phthisiker, sich beim ersten Husten ein Tuch vorzuhalten, eine Vorschrift, die auch schon 1889 von Cornet und neuerdings noch von Weissmayr gegeben, bezw. als ausreichend betont ist. Der von B. Fraenkel gemachte Vorschlag, dass die Phthisiker Tag und Nacht Masken tragen sollen. der schon an anderer Stelle wohlberechtigter Skepsis begegnet ist, sei undurchführbar, wie das auch die Thatsache beweist, dass dieselbe in vielen Fabriken mit reicher Staubentwicklung gegebene Empfehlung von den meisten Arbeitern nach dem Bericht der Fabrikinspectoren zurückgewiesen wird. Um wieviel weniger werden Kranke die Neigung haben, sich als gefährliche Individuen zu zeigen! Wenn es selbst gelingen sollte, zu erreichen, dass von den 400.000 Phthisikern auch nur ein nennenswerther Bruchtheil Tag und Nacht eine solche Maske trägt, was wäre damit gewonnen? Damit würde nur der vierte Theil von denjenigen Bacillen aufgefangen, die ein einziger Phthisiker ohne Maske auswerfen und eintrocknen lassen kann. Im Uebrigen ist die Maske insofern nicht ungefährlich, als durch sie auch die Möglichkeit der wiederholten Selbstreinfection für die Phthisiker gegeben ist.

Neisser wendet sich namens und im ausdrücklichen Auftrage seines Chefs, Herrn Flügge, gegen verschiedene Behauptungen Cornet's und verliest mehrere Stellen aus Flügge's bezüglicher Publication zum Beweise dafür, dass dieser die Luftinfection des Tropfens nicht als einzige Quelle der Uebertragung der Tuberculose ansehe, dass er die Staubinfection nicht leugnet und dass Cornet, entgegen seiner heutigen Behauptung, die Tröpfcheninfection vor Flügge noch nicht gekannt habe. Die Flügge'schen Untersuchungen haben jedenfalls evident erwiesen, dass auch durch Flüssigkeiten, die Tuberkelbacillen enthalten, Infection hervorgerufen werden könne; zunächst ist durch die Versuche mit dem Prodigiosus, die an verschiedenen Stellen mit Erfolg wiederholt wurden, festgestellt, dass schon bei leisem Sprechen und natürlich erst recht bei lautem, besonders aber beim Husten und Niesen, feine Excrettröpfchen, mit Bacillen beladen, die Mundhöhle verlassen und bis zu 10 m fliegen können, Tropfen von solcher Kleinheit, wie man sie sich früher nicht hat vorstellen können ($^1/_{20000}$ mm^3). Die Angabe Cornet's bezüglich des Nachweises der Tuberkelbacillen im Staube ist von Flügge nicht bestritten worden, aber die Zahl der im Staube gefundenen Tuberkelbacillen ist ungleich geringer als die derjenigen, welche u. A. Fraenkel in der Binde (am Munde) nachgewiesen hat. Der wesentlichste Differenzpunkt zwischen Cornet und Flügge ist die Unterschätzung der Gefahr der Staubinhalation von Seiten Cornet's und die Ueberschätzung der Gefahr der Tröpfcheninfection. Jeder Infectionserreger, welcher in Staubform enthalten ist, Sonnenstaub u. s. w., ist eine

grosse dauernde Gefahr, gegen die man sich in keiner Weise schützen kann. — Die feinsten Tröpfchen sind gebunden an Hustenstösse und Niesen des Pat., sie setzen sich in verhältnissmässig kurzer Zeit nieder, und erst 4—5 Stunden, nachdem Pat. das Zimmer verlassen hat, sind sie nicht mehr vorhanden. Das ist der wesentlichste Unterschied in der Auffassung der Gefahr gegenüber der Gefahr der Staubinfection. Staub derartig mit Tuberkelbacillen zu laden, dass er infectiös wird, wie in Cornet's Versuchen, war nicht schwer; man brauchte nur eine genügende Menge zu nehmen und einen Luftstrom zu benutzen, der nöthig ist, um das Material fortzutreiben, z. B. ein Gebläse. Diese Luftströme sind um das 10—20fache grösser als Ströme, wie sie im menschlichen Verkehr vorkommen. Ebenso verhält es sich mit der Gefahr beim Versuch durch den aufgewirbelten Staub. Dass gelegentlich Staub aufgewirbelt werden kann, der Infectionsträger enthält, und dass dieser auch beim Teppichklopfen z. B. und Reinigen u. s. w. vorkommt, ist selbstverständlich; aber der Nachweis der grossen Gefahr ist durch Cornet noch nicht erbracht, da die Verhältnisse beim Thierexperiment keineswegs eine Nachahmung der menschlichen sind. Was Cornet hinsichtlich der von Flügge behaupteten Nutzlosigkeit der Vernichtung von Sputum sagt, ist nicht richtig und nicht im Flügge'schen Sinne. Dass Sputum infectiös bleibt, auch wenn es sich nicht in Staubform erhält und durch Contact infectiös werden kann, ist fraglos, und Flügge betont ausdrücklich, dass von der Desinfection eines solchen Raumes nicht Abstand genommen werden soll.

Haupt wendet sich gleichfalls gegen Cornet, als sein ältester Gegner, da er auf fundamental verschiedenem Standpunkte steht. Er hält die Tuberculose nicht für eine specifische Infectionskrankheit, sondern für eine Constitutionskrankheit und steht daher dem Streit zwischen Flügge und Cornet ziemlich gleichgiltig gegenüber. Cornet kann allerdings das Verdienst nicht bestritten werden, durch seine Untersuchungen erreicht zu haben, dass die Phthisiker jetzt reinlicher geworden sind. Der Spucknapf ist eine gute hygienische Einrichtung und wird dauernd bleiben. Im Uebrigen hat H. in seiner jetzt 17jährigen Praxis in Soden, einem specifischen Curort für Phthisiker, noch niemals eine Gefahr durch Ansteckung beobachtet; die Bevölkerung ist sehr gesund, statistisch ist nachgewiesen, dass Soden die ältesten Leute hat, darunter solche, die mit den Phthisikern zusammengewohnt, sich mit der Pflege derselben beschäftigt haben, u. s. w. Bezüglich 1500 Ehepaaren hat H. ausdrücklich den Nachweiss statistisch erbracht, dass, obwohl der eine Gatte phthisisch war, keine Ansteckung erfolgt ist. H. hat gefunden, dass 43% gesund bleiben, bezüglich 7% der Erkrankungen zum Theile hereditäre Belastung festgestellt, die sich auch sonst in $^2/_3$ der Fälle geltend macht. Für die übrigen Fälle bleiben als eigentliche Ursache der Tuberculose nur diejenigen Factoren anzunehmen übrig, die man als „sociale Misère" bezeichnet. Die Noth des Lebens, schlechte Luft, Ernährung. anstrengende Beschäftigung, Sorge, Gemüthsaufregung und andere schwächende Momente. Es ist allerdings sicher, dass der Auswurf des Phthisikers, bei directem Experiment verwerthet, einen Process erzeugt, der als Tuberculose gilt; aber H. muss dagegen protestiren, dass diese Versuchsergebnisse ohneweiters auf den Menschen übertragen werden.

B. Fraenkel nimmt die von ihm empfohlene Maske gegen die Bedenken von Cornet in Schutz. Er hat noch nie bis zum Staubförmigwerden in der Maske Sputum eintrocknen gesehen, eine Autoreinfection der Kranken ist dadurch ausgeschlossen. Mit demselben Recht könnte man das sonst von Cornet's Proceduren

für die Familien der Kranken annehmen, da durch die Flügge'schen Arbeiten die Infectionsgefahr des flüssigen Sputums, wie F. nachdrücklichst betont, sichergestellt ist. Man muss daher ebenso auf die gänzliche Vernichtung des Sputums bedacht sein; denn ausser dem Sputum kommen durch Husten und Räuspern der Kranken kleine Tröpfchen und Bläschen in die Luft, die, wie Flügge, Weissmayr u. A. nachgewiesen haben, Tuberkelbacillen enthalten; diese kommen theilweise aus den Lungen, theilweise aus dem Kehlkopf, dem Speichel u. s. w.; der von F. schon 1889 erbrachte Nachweis, dass bei der Tuberculose der Speichel bacillenhaltig sei, ist jetzt bestätigt worden. Auch diese Gefahr sei ernstlich zu beachten. Die von Cornet vorgeführten Zahlen beruhen auf kritiklosen Erwägungen. F. stimmt mit Flügge darin überein, dass beide Infectionsmodi, sowohl der durch die getrockneten Sputa wie der durch die Flüssigkeitströpfchen, gleiche Beachtung verdienen. Nur ist der Nachweis, wie sich Jemand mit Phthisis angesteckt hat, im Einzelfalle immer sehr schwer zu bringen, da die Incubationszeit sehr lange dauert und die Pat. in dieser Beziehung schwer zu controliren sind. Die Masken bürgern sich immer mehr ein, nicht bloss auf Fraenkel's Abtheilung in der Charité, sondern auch in der Poliklinik; das Tragen derselben ist nur dann zu empfehlen, wenn die betreffenden Phthisiker mit anderen Personen zusammen sind, also in Krankenhäusern und Familien. Auf der Strasse brauchen die Pat. die Maske nicht zu tragen. — (Deutsche Med.-Ztg.)

(Schluss folgt.)

Société Belge d'ophthalmologie in Brüssel.

Pergens: Ueber Blutentziehung und Revulsion in der Augenheilkunde.

Diese wurden schon von Hippokrates angewendet. Das Gehirn wurde als Drüse betrachtet: wenn Ueberfluss der Ausscheidung entstand, so ergoss sich der Ueberschuss durch Augen, Nase, Ohr, Pharynx u. s. w. als Katarrh. Diese Anschauung erhielt sich bis ins 17. Jahrhundert, als Schneider seine Mucosa nachwies und die Unmöglichkeit der Durchsickerung der Cerebralflüssigkeit erklärte. Im Volksmunde besteht noch die alte Idee als „rhume de cerveau". Diese Gruppe von Augenentzündungen wurde durch Collyrien behandelt. Da der Ueberfluss der Gehirnsecretion sich auf verschiedene Organe werfen konnte, wurden Reizmittel in der Nase, im Mund u. s. w. gebraucht, um ihn daraus zu ziehen und die Augen zu entlasten. Schröpfköpfe wurden gebraucht, um das Kranke aus dem Fleisch zu ziehen. Die Temporalgegend, als dünnste, unbehaarte Stelle, wurde gewählt, damit die Flüssigkeit aus dem Gehirn leichter durchgehen könnte. Eine zweite Gruppe von Augenkrankheiten waren die äusseren, welche herrührten von Flüssigkeiten, die von der Haut ins Auge liefen, oder vom Blut, das ab und zu von der Temporalarterie in das Auge gerieth. Gegen die Flüssigkeiten wurden Einschnitte in der Temporalgegend gemacht, damit sie leicht ausflossen, und damit die Narben ihren späteren Durchgang hemmten; gegen das Blut wurde die Art. temporalis kauterisirt, damit sie kein Blut mehr durchliess. Man sieht demnach, dass die Wahl der Temporalgegend sich als Ueberreste einer falschen Physiologie und Pathologie charakterisirt. Auch die allgemeine Blutentziehung (Aderlass) wird von Hippokrates gebraucht; als „locale Blutentziehung" wird gewöhnlich eine solche nahe am Auge oder auch nur am Kopfe bezeichnet; die wirklich locale ist die, welche Franco, Heister, Desmarres anwandten, das heisst

Scarification der blutstrotzenden Gefässe am Bulbus. Blutegel, blutige Schröpfköpfe als Vorläufer der Apparate von Sarlandières und Heurteloup sind von den Griechen schon gebraucht worden. Im 3. Jahrhundert n. Chr. rieth Samuel warme Bähungen der Extremitäten an, welche von den Arabern massenhaft gebraucht wurden; Albusir gab das Umschnüren derselben an, damit durch Stauung das Blut weniger zum Kopfe ziehe. Kataplasmen wurden von den alten Aegyptern schon gebraucht. Das Setaceum muss wohl aus dem Mittelalter stammen, da Paré und Bartisch beide das „Schnurziehen“ erwähnen; die Idee war, die Eiterung von den Augen in die Wunde zu ziehen. Pellier de Quengsy zog Fäden durch die Cornea gegen Leukoma; die Chinesen, Japaner Wollhaare durch das Auge gegen Glaukom, Katarakt u. A.; v. Wecker legte einen doppelten Goldfaden durch die Sklera gegen Netzhautablösung und Glaukom; das sind aber „Drains“ und keine Revulsion mehr. Kanthariden, bei Hippokrates als Stimulans gebraucht, von Asklepiades aus Prusa als Vesicantia genommen, wurden von Aëtius an der Schläfe gegen Ophthalmien gebraucht. Viele andere Körper (Ammoniak, Tartarus stibiatus u. A.) wurden zu ähnlichen Zwecken genommen.

Was kann man von diesen Factoren hoffen? Ein starker Aderlass hat sicher Einfluss auf das Sehvermögen, aber mit Schädigung der Gesundheit; die Fälle von Amaurose nach Blutverlust können als Beweise des Einflusses dienen An der Schläfe, um das Auge, werden die Blutentziehungen wohl die Haut entlasten. Schneller (1857) erhielt nichts bei Blutentziehung an der Schläfe, während 45 cm³ aus den Vv. transversae faiei eine vorübergehende Myopie, eine Miosis von fünf Minuten, eine Mydriasis von einer Stunde als Haupterscheinungen hervorrief. Man würde dann die Mydriatica so anwenden müssen, dass ihre Wirkung mit der der Blutentziehung zusammenfiel. Vortragender hat Schneller's Experiment nachgemacht, und fand bei einer Blutentziehung von 150 cm³ aus den Vv. transversae und temporalis gar keinen Effect, keine Miosis, keine Mydriasis. Die Wirkung ist demnach wenigstens unsicher. Es ist gar keine Ursache vorhanden, die natürlichen Blutegel für Iris und Conjunctiva zu empfehlen, und die künstlichen für Entzündungen des Fundus, wie dies Fieuzal, Niessen und Coppez thun.

Die Revulsion, das heisst als Blutabziehung vom Kopf, ist rationeller; aber wenn man bedenkt, dass ein mittlerer Mensch etwa $4^1/_2$ kg Blut enthält, so wird man einsehen, dass ein paar Schröpfköpfe gar nichts zu bedeuten haben man müsste eine Legion derselben anwenden; der kupferne Stiefel, „la botte de Junod“, ist wenigstens activer. Vortragender hat bei einer Gonokokken-Conjunctivitis ein Haarseil von Seide an einer Schläfe gelegt und allen Eiter untersucht; während in der Conjunctiva die Gonokokken üppig lebten, waren im Eiter des Haarseils nur Staphylokokken zu sehen. Es ist demnach eine Uebertragung der Gonokokken durch die Eiterkörperchen zu dem Haarseil auszuschliessen. Beide Augen wurden mit Protargol behandelt und heilten zur selben Zeit. Hitze, Kälte haben Einfluss; Rubefacientia wirken wie Wärme und theilweise wie Riechfläschchen u. A., die durch das Hervorrufen einer neuen Empfindung Zerstreuung schaffen. Das Vermindern des Schmerzes ist angenehm, aber es ist keine Heilung. Im Allgemeinen ist die Wirkung dieser Factoren unsicher und unerwiesen; die Suggestion ist bei den Aerzten sowohl, als bei den Patienten vorhanden. Dem Vortragenden scheint es, als ob das entzogene Blut den Blutegeln mehr zu Gute käme, als dem Kranken. — (Centralbl. f. prakt. Augenheilk.)

Bücher-Anzeigen.

Ueber Herzbewegung und Herzstoss. Von Dr. Ludwig Braun. Verlag Fischer. Jena 1898.

Vf. hat den Fragen, die der Titel der Monographie anzeigt, eine ausführliche Untersuchung theils experimenteller, theils kritischer Natur gewidmet. Bei der experimentellen Untersuchung bediente er sich der kinematographischen Methode, welche es ermöglicht, die Phasen der Herzrevolution genau zu analysiren. Der reiche Inhalt der Monographie, sowohl was den kritisch-historischen, als den experimentellen Theil betrifft, macht eine kurze Wiedergabe desselben unmöglich. Es kann nur im Allgemeinen angedeutet werden, dass nach Besprechung der Methodik folgende Fragen beleuchtet werden: Die Systole des Vorhofs und die Inspection der Herzbewegung, die Totalbewegung des Herzens, die Umformung, die Lageveränderungen, Rotations- und Hebelbewegungen des Herzens, die Formveränderung desselben und der Herzstoss. Besonders originell sind die den letzten Punkt betreffenden Angaben, welche zu ganz neuen interessanten Resultaten führen. Die Monographie ist demnach nicht bloss eine reiche literarische Fundgrube, und gibt hiedurch Zeugniss von dem Fleisse und der kritischen Strenge des Autors, sondern sie enthält auch ein grosses und sehr beachtenswerthes Arbeitsmaterial. Denjenigen, welche sich vom physiologischen oder klinischen Interesse geleitet, über den Stand der angegebenen Fragen informiren wollen, ist die Monographie B.'s unentbehrlich.

v. Basch.

Die Malariakrankheiten. Von Dr. Jul. Mannaberg in Wien. Specielle Pathologie und Therapie von Nothnagel. Wien 1899. Verlag von A. Hölder.

Seitdem Laveran den Krankheitserreger der Malaria entdeckte, hat die ätiologische Forschung dieser Krankheit eine derartige rasche Entwicklung genommen, dass dieselbe heute zu den in ätiologischer Beziehung bestfundirten Infectionskrankheiten gezählt werden muss. Die Hauptleistungen auf diesem Gebiete sind naturgemäss vorwiegend von Italienern geliefert worden. Von deutschen Forschern hat sich der Autor des Buches seit Jahren mit emsigem Fleisse mit diesem Gegenstande beschäftigt. Eine Frucht dieser langjährigen Arbeit ist das vorliegende, in allen Details treffliche Werk. Dasselbe umfasst nebst einer historischen Skizze eine Biologie des Malariaplasmodiums, dann die Pathologie, Symptomatologie, Prognose, Therapie etc. in gleich sorgfältiger und übersichtlicher Darstellung. Das Buch wird in allen Einzelheiten Jedermann interessiren, der sich über einschlägige Fragen unterrichten will. Vorzügliche Tafeln unterstützen das Verständniss des biologischen Theiles. Die Ausstattung ist überhaupt eine musterhafte.

Die Krankheiten der Leber. Von H. Quincke und G. Hoppe-Seyler. Specielle Pathologie und Therapie von Nothnagel. Wien 1899. Verlag von A. Hölder.

Der vorliegende Band gibt eine ziemlich umfassende Bearbeitung

des Gegenstandes. Die gewiss von den besten Intentionen beseelten Autoren haben viel gethan, um das Werk möglichst vollendet zu gestalten, doch ist ihnen dies nicht in allen Capiteln wirklich gelungen. Wir können nicht verhehlen, dass dem Ganzen zunächst der einheitliche Guss fehlt und dass manche Capitel hinter unseren Erwartungen geblieben sind. Man darf natürlich die grossen Schwierigkeiten nicht verkennen, welche bei der Bearbeitung dieses Gegenstandes schon dadurch gegeben sind, dass selbst die physiologischen Grundthesen noch der Festigung bedürfen und die Ansichten über die pathologischen Einzelheiten selbst über die Abgrenzung der einzelnen Krankheitsgruppen noch weit auseinandergehen. Wir verweisen nur auf die Lehre vom Ikterus und auf die Lebercirrhose.

In der deutschen Literatur, welche aus der letzten Zeit eine zusammenfassende Darstellung der Leberkrankheiten vermisst, füllt das Buch eine Lücke aus und damit allein hätten sich die Autoren ein wesentliches Verdienst erworben. Dem Praktiker wird es unter allen Umständen ein guter Führer durch dieses schwere Gebiet sein.

Die instrumentelle Behandlung der Harnleiden mit besonderer Berücksichtigung der Technik des Katheterismus. Für praktische Aerzte bearbeitet von Dr. Robert Kutner, Berlin. Verlag von August Hirschwald, Berlin 1898.

Vf., dessen emsiger Bestrebung die Technik und namentlich die Asepsis des Katheterismus manch praktisch werthvolle Förderung zu verdanken hat, liefert mit der eingehenden Darlegung aller auf die Diagnostik und Behandlung der Harnleiden bezughabenden instrumentellen Behelfe eine werthvolle Ergänzung in der Reihe der urologischen Monographien.

Das Instrumentarium für die Harnröhrenexploration, das zweckdienliche aseptische Appliciren desselben findet gleich der Technik des Katheterismus bei normalen und pathologischen Verhältnissen eine so erschöpfende Beschreibung, wie es dem Praktiker kaum in einem der grossen Fachwerke der Urologie geboten wird, und gerade diese Details sind es, mit welchen sich der Arzt umso sicherer armiren soll, als ihm die tägliche Praxis die Ausführung des kunstgerechten Katheterismus aufnöthigt.

Mit gleicher Sorgfalt ist auch die instrumentelle Therapie der hieher gehörenden Krankheitsprocesse berücksichtigt, die Therapie der Stricturen, der Prostatahypertrophie, der acuten und chronischen Blennorrhöe, der therapeutische Katheterismus beim Weibe, sowie die Behandlung der acuten Harnverhaltung sind in allen ihren Phasen aufs eingehendste geschildert. Originell ist die Zusammenstellung der differential-diagnostisch wichtigsten Symptome der Harnleiden, welche in tabellarischer Uebersicht das empfehlenswerthe Handbuch zum Abschlusse bringt. Die Ausstattung des Buches ist durch Anführung des Verlagshauses zur Genüge gekennzeichnet. N.

Herausgeber und verantwortlicher Redacteur: Dr. M. Heitler. — Verlag von Moritz Perles.
Druck von Johann N. Vernay in Wien.

Aus der Abtheilung für Krankheiten der Harnorgane und Syphilis der Allgemeinen Poliklinik (Docent Dr. J. Grünfeld).

Zur causalen Therapie der Blennorrhöe.

Von Dr. G. Nobl,

emerit. Assistent des k. k. Allgemeinen Krankenhauses.

(Schluss.)

Während bei Erstinfectionen das noch nachgiebige Cylinderepithel der Schleimhautoberfläche, sowie die auskleidende Schichte der superficiellen drüsigen Anhänge, dem Eindringen und Tiefgange der Gonokokken die günstigste Gelegenheit bieten, müssen wir bei bereits öfter wiederholter Erkrankung von der bekannten Metamorphose des oberflächlichen Epithelstratums einen grösseren Schutz gegen die Mikrobeninvasion erwarten. Die dichtere Fügung der allenthalben zu Platten- und Uebergangsformen umbildeten Deckzellen setzen dem Penetrationsvermögen der Parasiten einen energischen Widerstand entgegen, wodurch es meist nur zu einer Oberflächeninfection kommt, welche der antiparasitären Therapie bei Weitem günstigere Angriffspunkte bietet. Dies erklärt das rasche Absterben der Gonokokken — das längere Fortbestehen des katarrhalischen Nachstadiums aber, lässt sich bei Erkrankungsfällen dieser Kategorie meist auf ungünstigere Circulationsverhältnisse in der Schleimhaut beziehen, indem die in früheren Attaquen abgesetzten subepithelialen Infiltrate vielfach bei ihrer regressiven Umwandlung zur Verengerung und Obliteration von Lymph- und Blutcapillaren zu führen pflegen.

Als Anfangsconcentration bei ganz acuten Fällen erweist sich am günstigsten eine Argoninlösung von $\frac{1}{2}\%_0$, welche ohne nachtheilige Folgen in kurzen Zwischenräumen bis zu 2, selbst $3\%_0$ je nach der Empfindlichkeit des Individuums gesteigert werden kann. Die vielfach hervorgehobene Schmerzlosigkeit der Injectionen können wir für das Gros der Patienten bekräftigen, doch zeigt sich auch diesem Mittel gegenüber oft genug eine absolute Intoleranz, nach deren Gründen wir vergeblich zu fahnden pflegen. Trotz der hohen

parasiticiden Kraft können wir dem Argonin eine nur bei Weitem geringere Imbibitionsfähigkeit zusprechen als dem Protargol, weshalb auch die häufig wiederholten Injectionen des Medicamentes einen durchgreifenderen Heilerfolg garantiren, als die seltener applicirten Dauerinjectionen, von welchen wir überhaupt abrathen möchten. Mit 3—4maliger Einspritzung von je 1—2 minutenlanger Berieselungsdauer wird man stets sein Auskommen finden. Hat der Krankheitsprocess auch von der Urethra posterior Besitz ergriffen, oder hat man es mit chronischer Urethritis der Pars posterior zu thun, so muss das Argonin stets wirksameren Behelfen den Platz räumen. Von Irrigationen der Pars posterior bei acuter Urethrocystitis und Instillationen mit hoch concentrirten Lösungen bei chronischer Blennorrhöe der tieferen Harnröhrentheile haben wir nie einen Gewinn gehabt. Sonach können wir der Argentum-Caseïnverbindung das gleiche Wirkungsgebiet zuweisen als dem Protargol, das heisst den auf die vorderen Harnröhrenabschnitte beschränkten acuten Krankheitsprocess, gegen welchen wir es jedoch erst in zweiter Linie ins Feld führen möchten, aus dem einfachen Grunde, weil wir in den weitschichtigen Versuchsreihen, die wir mit dem Argonin angestellt haben, einen bei Weitem grösseren Procentsatz von sich refractär verhaltenden Fällen verfolgen konnten als bei der gleichen Anwendungsweise des Protargols. Das öftere Versagen dieses sonst sehr gut verwendbaren Mittels scheint nicht in letzter Linie durch seinen vielfach schwankenden Silbergehalt, sowie die nur geringe Tiefenwirkung bedingt zu sein.

In der Reihe der organischen Silberverbindungen, welche sich neuerdings in der Therapie der Blennorrhöe eingebürgert haben, vermag das von den Wiener chemischen Werken Dr. Lilienfeld 1897 hergestellte Largin vermöge seiner hohen Desinfectionskraft und geringen Reizwirkung mit in den Wettbewerb zu treten.

Diese von Pezzoli (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 11 u. 12, 1898) experimentell und klinisch explorirte Silbereiweissverbindung, deren Eiweisscomponente ein neues, eigenthümliches, alkohollösliches Spaltungsproduct der Paranucleoproteïde (das von der obigen Firma erzeugte Protalbin) darstellt, bildet ein weissgraues Pulver, welches von geringem specifischen Gewichte, in warmem, sowie in kaltem Wasser (bis zu 10·5%), sehr leicht auch in Glycerin, Blutserum, Pepton etc. löslich ist und wird die

klare, gelb gefärbte Lösung desselben weder durch Chloride, noch durch Eiweiss gefällt. Der Silbergehalt beträgt 11·101%, die Reaction der wässerigen Larginlösung ist eine schwach alkalische. Was die bactericide Kraft dieses Präparates anbelangt, so konnte Pezzoli aus seinen Untersuchungen folgern, dass das Largin eine höhere gleichwerthige Kraft als die bisher bekannten Silbereiweisse besitzt, indem dasselbe lebenskräftige Gonokokkenaufschwemmungen nach einer Zeit in der Concentration 1—4000 tödtet, während dasselbe mit den übrigen organischen Silberverbindungen die Eigenschaft theilt, weniger oder nur nach längerer Zeit nährbodenverschlechternd einzuwirken, welche Thatsache auf die diesen Präparaten gemeinsame Eigenschaft zurückzuführen ist, mit Eiweisssubstanzen keinen unlöslichen Niederschlag zu bilden.

Die angedeuteten, auf dem Wege des Experimentes festgestellten hervorragenden Eigenschaften dieser Verbindung liessen mit voller Zuversicht auch in der klinischen Verwendung einen das Protargol und Argonin übertreffenden Erfolg erwarten. Indes zeigt sich hier wieder deutlich genug, dass sich die auf künstlichen Nährsubstanzen gewonnenen Resultate nicht ohneweiters auch auf das complicirt construirte vitale Gewebe übertragen lassen. Der erhöhte Silbergehalt (11·1% gegen 8·3% bei Protargol und 4·2% bei Argonin), die an todten Gewebspartikeln (würfelförmigen Stücken der menschlichen Leber) festgestellte energischere Imbibitionsfähigkeit, sowie die supponirte Reizlosigkeit schienen diese Verbindung zu befähigen, die anderen Silberpräparate ganz in den Hintergrund zu drängen, während wir unseren klinischen Erfahrungen nach dem Largin wohl eine Ebenbürtigkeit, keinesfalls aber eine Superiorität im Verhältnisse zu den anderen organischen Silberverbindungen einräumen können. Immerhin besitzen wir in dem Medicamente eine Vermehrung in der nicht zu grossen Gruppe der wirksamen Verbindungen.

Das Largin kann gleich dem Protargol in $^1/_4$—2%igen Lösungen injicirt werden und ist es zweckmässig, dasselbe prolongirt (3mal täglich 10 Minuten, später 2—1mal) auf die Schleimhaut einwirken zu lassen, wobei die vom Patienten selbst ausgeführten Injectionen mittels 10 cm³-Spritze die einfachste und beste Anwendung bilden. Was die Modification des Ausflusses unter der Larginwirkung betrifft, so können wir, ebenso wie in Bezug auf die Einschränkung der Absonderung, dem

Rückgange der Entzündungserscheinungen etc., auf die Ausführungen hinweisen, die wir über das Protargol verzeichnet haben, so sehr ähneln sich die chemisch-physikalischen Qualitäten der beiden Verbindungen. Abweichend vom Protargol sieht man häufig nach den Largininjectionen intensivere Reactionserscheinungen auftreten, welche wohl den Kranken zu beunruhigen im Stande sind, sonst aber durchaus nicht den Intentionen des Arztes zuwider sind. Oft zieht nämlich die Largineinspritzung eine recht profuse Eitersecretion nach sich, zu deren Eindämmung man sich, früher als es sonst angezeigt wäre, zu den antikatarrhalisch wirkenden Mitteln (Zinc. sulf., Cupr. sulf., Alum. crud. etc.) zu greifen veranlasst sieht. Was aber bei der fortdauernden Proliferation der Gonokokkengenerationen einem raschen und sicheren Abschluss des Krankheitsprocesses nicht besonders dienlich ist.

Resumirt man die Erfolge, welche mittelst der Largintherapie gesichert werden, so muss man, ähnlich wie bei Betrachtung anderer Blennorrhoicis, die Fälle in verschiedene Kategorien subsumiren.

Handelt es sich um ganz acute Erstinfectionen, gegen welche bisher zuwartend vorgegangen wurde, so liefert die Larginbehandlung ($^1/_4$—$^1/_2$‰ige Lösung) ganz schöne Erfolge, indem das allmälige Versiegen der Secretion mit dem Schwunde der Gonokokken parallel läuft und der in solchen Fällen localisirt gebliebene katarrhalische Process nach 5—6 Wochen zum Stillstand gelangt. Nur kommt man nicht zu häufig in die Lage, durch eine ähnliche Verlaufsweise ausgezeichnete Wahrnehmungen registriren zu können. In bei Weitem grösserer Zahl begegnen wir jenen mit profuser Absonderung einhergehenden subacuten Blennorrhöen, welche trotz der exactesten Befolgung aller Vorschriften oft noch nach Monaten, in den entnommenen Proben des gleichmässig fortdauernden Ausflusses in variabler Menge virulente Gonokokkenverbände aufweisen. In solchen Erkrankungsfällen, für deren eigenthümliche Verlaufsweise uns leider viel zu wenig verlässliche prämonitorische Anzeichen zur Verfügung stehen, und welche in jeder therapeutischen Serie ein beträchtliches Contingent liefern, genügt es oft an Stelle des Largins eines der ihm chemisch nahestehenden Medicamente (Protargol, Itrol etc.) zu setzen, um in kürzester Zeit das vorher vergeblich verfolgte Ziel der Heilung zu erreichen.

Die Angewöhnung der entzündlich afficirten Urethralschleimhaut an die einzelnen Medicamente ist ja allgemein bekannt; so lehrt uns die Erfahrung, dass die planmässige Erhöhung der Concentration injicirter Flüssigkeiten fast kaum empfunden wird, und die durch dieselbe beabsichtigte intensivere pharmakodynamische Wirkung häufig nicht zur Aeusserung gelangt.

In diesem Sinne ist auch in dem Largin eine schätzenswerthe Hilfsquelle zu betrachten, deren man sich, wenn andere Behelfe versagen, oft noch nutzbringend bedienen kann. Im Auge haben wir hiebei jedoch immer nur den acuten Katarrh des vorderen Harnröhrentractes, während man bei den mehr umschriebenen tiefer gelegenen Krankheitsherden der Pars membranacea und prostatica dem Largin kein Wirkungsfeld zuweisen kann.

Selbst in der Concentration von 3—5% eingeträufelte Larginlösungen vermögen restliche Secretabsonderungen nicht zum Versiegen zu bringen oder remanenten Infiltrationen mangels einer energischeren kaustischen Fähigkeit zur Resorption zu verhelfen. In Kürze gesagt, halten wir das Largin für ein wirksames Antiblennorrhoicum gegen die acute Urethritis anterior, können demselben aber, weder gegenüber der recenten Affection des hinteren Abschnittes, noch bei der Bekämpfung chronischer Läsionsformen, mag es als Irrigation oder Instillation applicirt werden, einen heilenden Einfluss zusprechen.

Von weiteren Silberpräparaten, welche sich zur antiseptischen Frühbehandlung der Blennorrhöe eignen, wäre noch das von Credé (Dresden) 1896 aufgefundene Itrol (citronensaures Silber) anzuführen.

Von der bekannten bactericiden Eigenschaft einiger Metalle, speciell des Silbers, ausgehend, vermochte Credé zu ermitteln, dass das milchsaure Silber (Actol) es ist, welches sich bei Berührung von metallischem Silber mit inficirten Nährböden bildet, und dass dieses Salz es ist, welches eine geradezu eminente, im thierischen Körper das Sublimat noch weit übertreffende antiseptische Kraft entwickelt, ohne im Geringsten giftig auf den Organismus einzuwirken. Anderseits aber wirkt Actol infolge seiner leichten Löslichkeit 1:15 eiweisscoagulirend, d. h. leicht ätzend auf die Wundoberfläche, so dass es als Wundpulver nicht zu benützen war.

Aus diesem Grunde liess sich Credé (Sohn des um die Einführung der prophylaktischen Arg. nitric.-Instillationen gegen

Ophthalmoblennorrhöe der Neugeborenen verdienten Fachmannes) acht andere organische (dem Actol chemisch verwandte) Silbersalze darstellen, von welchen die citronensaure Verbindung, dank ihrer vorzüglichen bactericiden Wirkung, als Sieger hervorging. Es ist ein feines, leichtes, gut zerstäubbares, haltbares, geruch- und fast geschmackloses Pulver, welches im Verhältniss 1 : 3800 löslich ist. In der Concentration 1 : 4000 tödtet es in 10 Minuten alle Spaltpilze ab, und stellt sonach ein hervorragend starkes Antisepticum dar, das in Bezug auf die Wirkung in eiweisshaltigen Flüssigkeiten dem Sublimat gleichkommt. Von Dr. Karl Meyer im Züricher hygienischen Institut (Centralbl. f. Chir. 1897, Nr. 3) angestellte Controlprüfungen ergaben, dass Lösungen von 1 : 20.000 in Ascitesbouillon, in Blutserum bis 1 : 10.000 das Wachsthum von Bacterien aufheben, welche Versuche zwar dem Silbercitrat ein geringeres antiseptisches Vermögen zusprechen, als es die Credé'schen Bestimmungen ergeben, immerhin aber mit den Ergebnissen der Letzteren in Einklang gebracht werden können.

Die schon von Behring constatirte Thatsache, dass die dem lebenden Organismus incorporirten Antiseptica ein bei Weitem energischeres Wirkungsvermögen zu äussern pflegen, als wenn dieselben mit abgestorbenen Eiweisskörpern in Contact gerathen, scheint auch diesem Silberpräparate zumessbar zu sein.

Die ursprünglich von Credé hauptsächlich der chirurgischen Verwerthung zugeführte Silberverbindung (als Pulver, Salbe und Desinfectionslösung) hat sich nun bei der bekannten wirksamen Eigenheit seiner beiden Componenten alsbald auch gegenüber den blennorrhoischen Erkrankungsformen zu bewähren vermocht.

Auch wir haben von dem Silbercitrat ausgiebigen Gebrauch gemacht und wenden immer noch geeignete Erkrankungsfälle diesem Heilagens zu. Die der Itrollösung zukommende kräftigkeimtödtende Energie, sowie seine, die Entzündungssymptome kaum erheblich steigernde und keine Läsion der Schleimhaut erzeugende Wirkung ermöglichen die früheste Application des Mittels, womöglich ehe noch die Vermehrung und Wanderung der Mikroben zu einer tieferen Alteration des mucösen Gewebes geführt hätten. Die vielfach betonte Fernwirkung der Itrollösungen haben wir nicht in dem Masse verfolgen können, als es anderen Fürsprechern der Itroltherapie (O. Werler, Dermat. Zeitschr., Bd. III, H. 5 und 6, Berl. klin. Wochenschr. 1898,

Nr. 16) zu verzeichnen gelungen war. Dementsprechend gliedert sich auch der Erfolg in unseren Erkrankungsfällen.

Hat man es bereits mit inveterirten Formen der Blennorrhöe zu thun, so lässt die erhoffte Infiltrationsfähigkeit häufig in Stich, indem die schon an difficil zugänglichen Stellen der subepithelialen Schicht angelangten Krankheitskeime nicht leicht von der Desinfectionsflüssigkeit erreicht werden können.

Für ganz frische Erkrankungen mit abundanter Eiterabsonderung und heftigen entzündlichen Erscheinungen der Schleimhaut eignet sich zunächst eine Lösung von 1—10.000, welche Concentration man beim Nachlassen der Symptome alsbald steigern kann; leider ist man jedoch häufig durch die Empfindlichkeit der Patienten bemüssigt, längere Zeit hindurch bei der Anfangsconcentration zu verweilen, oft auch bei zu sensiblen Individuen ein anderes Medicament an Stelle des Itrol zu setzen. Hat man sich der Toleranz des Kranken versichert, so sind noch Itrolinjectionen von 0·05 : 200 zulässig, welche auch bei wiederholter (3—4mal täglich) und prolongirter Applicationsdauer (10 Minuten) keine nennenswerthen Reactionserscheinungen provociren. Ein Nachtheil, welcher der Itrolsolution anhaftet, indes die Verwendbarkeit derselben kaum beeinträchtigt, besteht in der leichten Zersetzbarkeit der Lösung, so dass darauf geachtet werden muss, dieselbe vor jedem Contacte mit organischen Stoffen zu bewahren. Die Spritze soll stets durch reines Wasser vorher gut gereinigt und der mit Glasstöpsel versehenen dunklen Medicamentenflasche stets nur das für eine Injection erforderliche Flüssigkeitsquantum entnommen werden.

Die zur Injection verwendete wasserhelle Flüssigkeit weist nach dem Abflusse eine milchweisse Trübung auf, welche doch nur auf eine chemische Zersetzung des Silbercitrates bei seiner Einwirkung auf die erkrankte Schleimhaut zurückzuführen ist. Diese, wenn auch nur mässige Decomposition des Präparates kann immerhin demselben ein ätzendes Attribut beifügen, das die schon erwähnte gelegentliche Intoleranz der Kranken diesem Medicamente gegenüber erklärlich macht. Anderseits wieder ist es die nicht genügend energische Wirkungsweise selbst stärker dosirter Lösungen bei mehr localisirter Anwendung, welche es als wenig angezeigt erscheinen lässt, das Itrol auch bei Behandlung von mehr subacuten und chronischen Blennorrhöeformen heranzuziehen.

Von allen Silberverbindungen, welche die neuere chemische Forschung der therapeutischen Verwendung zugeführt hat, ist das zuerst von J. Schaeffer (Zeitschr. f. Hyg. und Infectionskrankh. Bd. XVI, 1899) an der Neisser'schen Klinik in Breslau explorirte Aethylendiamin-Silberphosphat die einzige, welche vermöge ihrer irritirenden Nebenwirkung mit dem längstbewährten Arg. nitric. das Indicationsgebiet zu theilen vermag. Das unter dem Namen Argentamin in den Handel gebrachte Präparat stellt als Lösung eine klare, farblose, alkalisch reagirende Flüssigkeit dar, welche einer 10 %igen Silbernitratlösung entspricht und 10 % Aethylendiamin sowie eine den 10 % Silbernitrat entsprechende Menge phosphorsauren Silbers enthält. Das Aethylendiamin ist eine starke organische Base, deren Hauptwerth für die hier in Frage kommenden Zwecke darin liegt, dass es im Stande ist, die Verbindungen, welche das Silber mit den Eiweissstoffen und dem Kochsalz der Gewebsflüssigkeiten bildet — die Silberoxyd-Eiweissverbindungen und das Chlorsilber — zu lösen. Durch den Zusatz der genannten organischen Base zu der Silbersalzlösung wird das hindernde Moment für ein tieferes Eindringen des Antisepticums in die Gewebsschichten eliminirt.

Dieses von Schaeffer auch experimentell an organischem Gewebe festgestellte Penetrationsvermögen sichert den Argentaminlösungen gegenüber dem Silbernitrat nicht zu unterschätzende Vorzüge, indem dieses Antisepticum auch in tieferen Gewebspartien, ohne an der Oberfläche der Schleimhaut in seiner Energie wesentlich beeinträchtigt zu werden, seine Wirkung voll entfalten kann. Die dem Argentamin infolge seiner alkalischen Reaction zukommende corrosive Eigenschaft lässt dasselbe für die Behandlung recenter Infectionen nicht besonders geeignet erscheinen, da, abgesehen von der oft recht schmerzhaften Empfindung, welche die Injectionen verursachen, häufig eine unerwünschte Steigerung der Entzündungserscheinungen einzusetzen pflegt. Hingegen sind es gerade die in nur mehr umschriebenen Herden auftretenden Entzündungsformen der Pars membranacea und prostatica, die bei ihrem langwierigen Bestande die Gefahr der Organisation und Schrumpfung in sich bergen und zu ihrer Emovirung einer kräftigen Reizung bedürfen, gegen welche das Argentamin prompt reussirt. Auch bei nur auf kurze, nicht zu sehr ausgedehnte Strecken localisirtem blennorrhoischen Katarrh acuter

Natur, bei welchem eine gründliche Abstossung der inficirten Schichten angestrebt wird und auch eine consecutive stärkere entzündliche Reaction der Heilung nicht zuwiderläuft, findet das Argentamin seine Anzeige.

So sind Injectionen von Argentaminlösungen (1 0 : 200) bei der Blennorrhöe des Bartholinischen Ausführungsganges, bei weiblicher Urethritis, sowie bei Infection von para-urethralen und präputialen Gängen mit dem gleich guten Erfolge anzuwenden, als entsprechend und auch höher dosirte Silbernitratinjectionen. In die Urethra posterior können 1—3 %ige Lösungen des Medicamentes instillirt und in der endoskopischen Localtherapie selbst noch stärkere (4—5 %ige) Solutionen zum Touchiren verwendet werden.

Mit der Anführung des Argentamins, haben wir die Gruppe der antiblennorrhoischen Silberverbindungen erschöpft, von welchen wir bei unparteiischer Würdigung der Vorzüge resumirend behaupten können, dass jedes einzelne derselben in bescheidenem oder weiterem Umfange seinen Platz ausfüllt.

Abweichend von den bisher berücksichtigten Arzneien, sowohl seiner physiologischen Wirkungsweise als auch seiner therapeutischen Verwendung nach, verhält sich das in der Behandlung auch des Urogenitalsystems zu verdientem Ansehen gelangte Ichthyol. Die von verschiedenen Autoren schon früher bei diesem von Unna (1883) in die Therapie eingeführten Tiroler Moordestillationsproducte (Seefeld), theils durch experimentelle, theils durch klinische Untersuchungen festgestellte antiparasitären, antiphlogistischen und resolvirenden Eigenschaften liessen die Erwartung berechtigt erscheinen, dass sich das Medicament gleich wie in anderen Fachgebieten auch im Bereiche der blennorrhoischen Erkrankungen bewähren dürfte. Eine Annahme, die bald in den Erfolgen der von Jadassohn (Deutsche med. Wochenschr. 1892) an der Breslauer dermatologischen Klinik angestellten Versuche ihre volle Bestätigung fand, und seither bei der ausgedehnten einschlägigen Verwendung des Medicamentes immer wieder die gleiche Bekräftigung erfährt.

Was unsere Vorschreibungen betrifft, so verordnen wir bei acuter Urethritis anterior Injectionen einer 1—5% igen Ichthyollösung mittels 10 cm^3 haltenden Injectionsspritzen 2—3mal täglich vorzunehmen. Die Injectionen bewirken in kurzer Zeit einen raschen Abfall der entzündlichen Symptome und subjectiven Beschwerden

der Patienten, welcher sich namentlich in einer mässigeren Ausscheidung des immer mehr viscil werdenden Eiters, sowie dem Schwinden der Mictions- und Erectionsschmerzen äussert. Was die gonokokkicide Kraft des Ichthyols betrifft, so möchten wir dieselbe mit der Desinfectionskraft der Silberpräparate kaum in Vergleich bringen, wenn auch die Arbeiten von Fessler (1891) und Latteux, die direct tödtende und entwicklungshemmende Wirkung desselben auf Streptokokken, Gonokokken etc. darthun.

Worauf die supponirte „specifische Schwäche" der Gonokokken dem Ichthyol gegenüber eigentlich beruht, d. h., welchem Componenten dieses chemisch-complicirt construirten Präparates die antibacterielle Wirkung zuzusprechen sei, ist eine Frage, die bis heute noch keine befriedigende Lösung gefunden hat. Dass diese Fähigkeit gewiss nicht in erster Linie dem Schwefelgehalte des Ichthyols zu verdanken ist, geht aus den vielfachen Misserfolgen hervor, welche mit dem schwefelreichen Thiol unternommene Heilversuche ergeben haben.

Die milde Beschaffenheit des Medicamentes hat uns stets davon abgehalten, dasselbe bei Behandlung der chronischen Läsionen der hinteren Harnröhre in häufige Verwendung zu ziehen obwohl bis zu 10 und 15% Sollutionen weder Schmerzen hervorrufen, noch eine Steigerung der Reizerscheinungen im Gefolge haben.

Bei Bekämpfung von Veränderungen der letzteren Art, kommt es wesentlich darauf an, dass die Medicamente ein lebhaftes Abschieben der superficiellen Epithellagen erzielen, d. h. den Abschuppungsvorgang der Schleimhaut, sowie die Epithelregeneration anregen sollen. Diese Eigenschaft kann aber nur solchen Präparaten zugesprochen werden, welche vermöge ihrer chemischen Constitution im Zellprotoplasma zu nekrobiotischen Vorgängen führen, eine Wirkung, welche wir selbst beim Gebrauche concentrirter Ichthyolsolutionen nie wahrnehmen konnten.

Abgesehen von den antiparasitären und chemischen Eigenschaften ist es namentlich die zweifellos festgestellte resorptionsbefördernde und entzündungsmildernde Kraft, welche das Ichthyol im Dienste der blennorrhoischen Praxis zu einem vorzüglichen Hilfsmittel stempeln. Vermöge seiner vasoconstrictorischen Action auf das Capillarsystem setzt das Ichthyol die Hyperämie der Gewebe herab, wodurch es in nicht geringem Masse zur Decongestion entzündlich alterirter Gebiete und Aufsaugung

vorhandener inflammatorischer Exsudate befähigt erscheint. Gegen alle jene Complicationen der Blennorrhöe, welche mit dem Absetzen einer massigeren Exsudation und einer intensiveren Infiltration des glandulären oder interstitiellen Gewebes einhergehen, besitzen wir in dem Ichthyol, sofern die Krankheitsherde nur der Application desselben zugänglich sind, ein Mittel, dem in der palliativen und resolvirenden Wirkungsweise kaum ein zweites gleichzustellen ist.

Periurethrale, noch nicht vereiterte Infiltrationen, inflammatorische Lymphadenitiden der Inguinalgegend können mittels Einreibung einer 20%igen Ammon. sulf. ichthyolicum-Salbe häufig genug ebenso wie Entzündungen des dorsalen Lymphgefässes in kurzer Zeit zum Rückgange gebracht werden. Lange persistirende epididymitische Exsudatreste gelangen oft noch zur Resorption, wenn dieselben durch einige Zeit unter einem 10 bis 20%igen Ichthyolglycerin-Guttaperchaverband gehalten werden.

Kommen die so häufig im Verlaufe der Blennorrhöe sich entwickelnden Formen der parenchymatösen und interstitiellen Prostatitis in ärztliche Evidenz, so leisten 10% mit Butyr. Cacao als Grundmasse angefertigte Rectalsuppositorien vortreffliche Dienste, indem die Application derselben zur raschen Decongestion und Volumsabnahme der entzündeten Drüse bestens beisteuert, und eine Linderung der subjectiven Beschwerden sichert. Wie sich dieser Darlegung entnehmen lässt, ist das Ichthyol das einzige der von uns in der Therapie der blennorrhoischen Erkrankungen verwertheten Medicamente, das dank seiner multiplen Eigenheiten eine dreifache, d. h. intra-, peri- und paraurethrale Anwendung gestattet, hiezu käme noch die in neuerer Zeit empfohlene interne Medication mittels comprimirter Ichthyoltabletten, über welche uns jedoch bisher zu wenig Erfahrungen zu Gebote stehen.

Die bisher zur Sprache gebrachten neueren Abwehrmittel der blennorrhoischen Infection haben sich insgesammt dank ihrer parasiticiden Eigenschaft in die Behandlung eingebürgert, während das nunmehr zu erörternde Irrigationsverfahren weniger durch die Wahl des Medicamentes als vielmehr durch seine hauptsächlich physikalisch wirkenden Componenten auch in der Causaltherapie einen hervorragenden Platz errungen hat.

1893 veröffentlichte Janet in den Annal. de Dermat. eine abortive Behandlung der acuten Blennorrhöe mittels einer

eigenartigen Anwendung des Kal. hypermang., welches in Form von Spülungen durch Irrigatordruck zur Application kam. Dieses von dem französischen Fachmanne ursprünglich nur zum Zwecke der Coupirung des Krankheitsprocesses inaugurirte ziemlich umständliche Verfahren hat seither in wesentlich modificirter Form fast überall Eingang gefunden, wo an dem weiteren Ausbaue unseres Heilzweiges kritisch mitgearbeitet wird. Ehe wir in die Erörterung dieses von uns seit Jahren ausgiebigst geübte Verfahren eingehen möchten, wollen wir einer literarischen Berichtigung, die Autorschaft der Methode betreffend, Raum geben, welche indes dem Verdienste J.'s keinesfalls Abbruch thut. J. ist nämlich an dem immer unter seinem Namen segelnden Verfahren nur die eigenartige, später noch zu berührende Anwendungsweise des hypermangansauren Kali verdienstlich zuzusprechen, während das Spülverfahren ohne Katheter bereits viel früher Laveau zum Empfehler hatte. (Arch. gen. de Med. Mai 1887.)

L. selbst aber bezieht sich auf Demonstrationen von Bertholle (Gazette hebdom. de med. et de chir. 1877), welche schon 10 Jahre vorher erwiesen hatten, dass mittels des Irrigatordruckes ohne Zuhilfenahme eines den Schliessapparat lichtenden Instrumentes Flüssigkeit in die Blase injicirt werden kann. Noch weiter zurück reichen Spülversuche, welche vor Decennien bei uns, wie ich glaube, an Sigmund's Station angestellt wurden, leider konnte ich für die mir mündlich überlieferte Mittheilung keine literarischen Belege auffinden. Von deutscher Seite haben Ziemssen und Rotter (Deutsche med. Wochenschr. 1890 u. Münch. med. Wochenschr. 1890) ebenfalls schon vor J. über diese Methode der Harnröhren- und Blasenbehandlung geschrieben.

Um nun auf die Irrigationstherapie zurückzukommen, glaube ich kein Uebriges zu thun, wenn ich die Technik des Vorganges etwas detaillirter behandle, denn immer noch scheint die Kenntniss dieses nützlichen Heilbehelfes nicht genügend in dem weiteren Bezirk der praktischen Aerzte irradiirt zu sein. Wie in früheren Jahren an der II. Syphilisabtheilung des Allgemeinen Krankenhauses, so komme ich auch heute an der Allgemeinen Poliklinik, wo die Spültechnik an der Abtheilung Grünfeld's seit Jahren methodisch geübt wird, häufig genug in die Lage, einheimischen wie fremden Collegen das ihnen als Novum imponirende Verfahren erörtern und empfehlen zu müssen.

Das erforderliche Instrumentarium lässt sich für jeden Arzt leicht zusammenstellen, indem dasselbe aus einem Irrigator (womöglich aus Glas), einem $1^1/_2$ m langen Kautschukschlauch mit entsprechendem Verschlussapparat, sowie dem urethralen Ansatzstücke besteht.

Als Sperrvorrichtung kann sowohl ein Bügel als auch ein Quetschhahn dienen, indem der eine wie der andere die leicht erforderliche Regulirung der Kraft des austretenden Flüssigkeitsstrahles gestattet. Fiel mir die Aufgabe zu, eine stricte Weisung zu ertheilen, so möchte ich schon aus dem Grunde für die Verwendung eines nicht zu streng federnden Quetschhahnes eintreten, weil derselbe viel empfindlicher als andere Vorrichtungen den Fluctuationsverhältnissen in der Harnröhre Rechnung zu tragen vermag. Das Ansatzstück wählen wir stets aus Glas, da es sowohl die gründlichste Desinfection gestattet und bei dem nur sehr geringen Kostenpreis in grösserer Anzahl vorräthig gehalten werden kann. Die Form dieser an ihrem distalen Ende gleich der Spitze der gewöhnlichen Urethralspritze stumpf konisch zulaufenden Spülansätze kann nach Belieben variirt werden, doch ist es am besten, dieselbe den kleineren 6—8 cm^3 fassenden Injectionsspritzen anzupassen, das sich verjüngende proximale Ende lässt sich leicht in den Irrigationsschlauch einfügen. Für mit Sperrhähnen versehene Spülapparate eignen sich kegelförmig zulaufende Kautschukoliven (Nasenconus) als Urethralansatz, wie solche in der Rhinologie verwendet werden, auch diese können gut gereinigt und leicht ausgewechselt werden. Neuerdings sind auch Spülvorrichtungen construirt worden, welche sowohl den Einlauf als auch den Rückfluss der Berieselungsflüssigkeit vermitteln, diese gleichfalls aus Glas angefertigten Ansätze können aber nur zu beschränkter Anwendung gelangen, indem dieselben nur bei der Behandlung des vorderen Harnröhrenabschnittes mit Nutzen zu verwenden sind.

Was die Lagerung des Kranken betrifft, so kann der urethrale Einlauf sowohl in der sitzenden, als auch liegenden Position stets leicht vorgenommen werden, einen besonderen Einfluss der Stellung des Kranken auf die Eintrittsmöglichkeit der Flüssigkeit in den hinteren Harnröhrenabschnitt haben wir nie verzeichnen können. Zur Ueberwindung des Schliessmuskels der Harnröhre genügt es durchschnittlich, den Irrigator in der Höhe von $1^1/_2$ m, von dem Niveau des Beckens an gerechnet, zu placiren;

wenn die erforderliche Druckhöhe auch vielfachen Variationen unterliegt, so ist die angegebene doch als die Norm zu betrachten. Beabsichtigt man nur eine Irrigation der vorderen Harnröhre vorzunehmen, so braucht das Gefäss nicht über $^1/_2$ m hoch angebracht zu werden, selbst bei dieser Fallhöhe kann man bei dazu disponirten Leuten häufig genug ein Erschlaffen des Compressor urethrae und ein Eindringen der Flüssigkeit in die Pars posterior verfolgen. Die Ausführung der Irrigation selbst ist nun die denkbar einfachste, nachdem der Kranke seine Blase entleert hat, berieselt man zunächst noch die Glans, um dieselbe von eventuell anhaftenden Secreten zu reinigen, und spült dann mit kleinen Flüssigkeitsmengen den vordersten Urethraltract aus. Erst allmälig lässt man dann (unter Regulirung des Verschlusses) bei strengerer Anpassung des Ansatzes an die Urethrallefzen die vordere Harnröhre sich füllen, ist die Flüssigkeit bis an den Compressor urethrae gedrungen, so dehnt sich das Urethralrohr unter dem Drucke ad maximum aus, wobei empfindlichere Kranke, besonders wenn stärkere Inflammationserscheinungen bestehen, ein lästiges Gefühl der Spannung empfinden. Doch dauert dies meist nur kurze Zeit (2—3 Minuten) da der Schliessmuskel der Harnröhre unter dem Anpralle der Flüssigkeitssäule seinen Tonus aufgibt und dem Einströmen der Solution auf dem Wege zur Blase sich kein Hinderniss mehr darbietet. Die energischere Schlussfähigkeit des Compressor urethrae, gegenüber dem Blasensphinkter, muss sich einem unbefangenen Beobachter auch bei dieser eigentlich umgekehrten Versuchsanordnung aufdrängen, indem nach dem Passiren des Compressors der Harnröhre, der Flüssigkeitsstrom in jedem Falle anstandslos und ohne Widerstand den Blasensphinkter überschreitet. Dieses Factum haben wir schon aus dem Grunde betonen wollen, weil bekanntlich über die Rolle, welche den einzelnen Muskeln am Blasenverschlusse zufällt, heute noch recht controverse Ansichten einander unvermittelt gegenüberstehen.

Obwohl die von uns mittels Irrigation behandelten Kranken bereits nach Tausenden zählen, ist uns doch kein Fall begegnet, in welchem die Undurchdringlichkeit des Harnröhrenschliessers uns zu einem anderen Verfahren zu greifen bemüssigt hätte. In Fällen von krampfhafter Contraction des Compressors genügt es oft, den Muskel durch Regulirung des Sperrhahnes von dem auf ihm lastenden Drucke zu befreien, um eine Erschlaffung

desselben zu erzielen und die Passage wegsam zu machen. Eine andere Methode, welche in ähnlichen Fällen gleichfalls zum Ziele führt, gipfelt darin, dass man den Kranken Mictionsbewegungen zu machen veranlasst oder denselben auch den Levator ani innerviren heisst, in beiden Fällen pflegt die Spannkraft des Compressors nachzulassen und die Flüssigkeit leicht einzudringen. Mit von Bedeutung ist es auch, nur lau temperirte Lösungen (16—20°) zum Einlauf zu verwenden.

Was die Flüssigkeitsmenge betrifft, welche mit einem Male in die hintere Harnröhre, resp. Blase eingegossen wird, so hängt dieselbe sowohl von der subjectiven Empfindlichkeit des Kranken, als auch von der Intensität der gegebenen Krankheitserscheinungen ab. In subacuten Fällen einer Urethritis posterior vertragen die Kranken meist ganz leicht eine Bespülung der afficirten Schleimhaut mit 200—300 cm³ der medicamentösen Solution, welches Quantum je nach der Concentration des Mittels allmälig erhöht oder, nachdem der Kranke herausurinirt hat, noch ein zweites oder drittes Mal in der gleichen Menge eingespritzt werden kann. Die Menge der jeweilig eingedrungenen Flüssigkeit ist stets leicht an der Graduirung des Irrigators abzulesen, doch kann man sich von dem Strömen der Lösung auch durch das Palpiren der Urethra mittels der die Glans fixirenden Finger der linken Hand überzeugen. Das Betasten der Harnröhre gibt uns auch darüber Aufschluss, dass die Flüssigkeit nicht stets in continuirlichem Strahle einzutreten pflegt, sondern häufig durch rhythmische Contractionen des Schliessmuskels eine Unterbrechung erfährt.

Die Krankheitstypen, welche wir in erster Linie dem obgeschilderten Behandlungsverfahren überantworten möchten, beziehen sich hauptsächlich auf jene Läsionen, welche im hinteren Harnröhrenabschnitte und dem Blasenhalse ihren Sitz haben. Als Medicament der Wahl aber können wir nur das hypermangansaure Kali als das wirksamste proponiren, welches in dieser Applicationsart geradezu zu einem Specificum wird, das allen usuellen Antiblennorrhoicis den Rang abläuft. Ueber die Wirkungsweise des genannten Medicamentes, das doch in der bei den gewöhnlichen Urethralinjectionen verwendeten Concentration (¼—½ pro Mille) gewiss über kein parasiticides Vermögen verfügt, ist es vorläufig nicht möglich, sich ein eindeutiges Urtheil zu bilden. Gewiss setzt sich der günstige Erfolg bei dem Kalispül-

verfahren aus einer Reihe wirksamer Factoren zusammen, welche in ihrem Zusammenspiele selbst causalen Indicationen genügen. An und für sich müssen wir schon der energischen und prolongirten Berieselung der tiefgelegenen, entzündeten Schleimhautpartien, welche sich doch ihrer Lage nach der gewöhnlichen Injectionsbehandlung ganz unzugänglich erweisen, einen guten Theil an der Heilwirkung zusprechen, indem hiedurch nicht nur die Secretmassen und abgestossenen Epithellagen ausgeschwemmt werden, sondern auch die in den Drüsenmündungen (Littre, superficielle Prostatadrüsen) und Lacunen (Morgagni) eingekeilten Exsudatpfröpfe zur Abstossung gelangen. Hiedurch wieder ist sowohl den abgesperrt gewesenen specifischen Entzündungsproducten der Abfluss, als auch der reinigenden Medicamentenlösung der Zutritt ermöglicht.

Abgesehen von dieser vorzüglich, doch nur antiphlogistischen, d. h. nährbodenverschlechternden Wirkungsäusserung ist noch ein viel unmittelbarer sich äussernder Heilfactor heranzuziehen und das ist die im Anschlusse an die Irrigation stets sich einstellende seröse Durchfeuchtung des mucösen Gewebes. Endoskopirt man nach erfolgter Irrigation die Harnröhre, so vermag man selbst nach Stunden ein gequollenes, ödematöses Aussehen der Schleimhaut zu constatiren, deren Oberfläche noch durch längere Zeit hindurch ein dünnflüssiges, Kalireste enthaltendes Secret absondert, in welchen sich mikroskopisch Formelemente nur in spärlicher Anzahl auffinden lassen. Dem abgesonderten Serum scheint nun ein mikrobenfeindliches Verhalten zuzukommen, das sich sowohl gegen die Virulenz der Gonokokken, als auch deren Fortpflanzungsfähigkeit wendet.

Als Anfangsconcentration empfehlen wir Lösungen von $^1/_4$ pro Mille zu wählen, und ist es in erster Linie die acute Urethritis posterior, bei welcher dieses Verfahren die besten Resultate zeitigt. So lange der Entzündungsprocess sich nur über den vorderen Harnröhrenabschnitt ausgebreitet hat, kann ja die Irrigation gleichfalls mit Nutzen ausgeführt werden, doch ist es in solchen Fällen minder umständlich, den Kranken selbst mit den früher besprochenen Antiblennorrhoicis Einspritzungen vornehmen zu lassen. Dem von mancher Seite gehegten Bedenken, dass bei der Irrigation Krankheitskeime aus dem afficirten vorderen Tracte in die hinteren Abschnitte verschleppt werden könnten und dadurch der Propagation der Krank-

heit Vorschub geleistet würde, gestattet die Erfahrung beruhigend entgegenzutreten. Es ist uns ebensowenig, wie so vielen Anderen, die sich methodisch des Spülverfahrens bedienen, je unterlaufen, dass der Irrigationsstrom eine Ausbreitung der Infection vermittelt hätte, der Einlauf wird nach der Miction vorgenommen, die vordersten Urethraltheile energisch ausgespült und dann erst lässt man die Flüssigkeit bis in tiefere Theile dringen, wo dieselben bei ihrer continuirlichen Bewegung den in ihr möglicherweise suspendirten Gonokokken kaum die Haftung gestattet.

Uebrigens, wie wir schon erwähnten, tritt das Verfahren erst dann in volle Wirkung, wenn dasselbe bei bereits fortgeschrittener Infection, also bei Urethritis der Pars prostatica, sowie dem blennorrhoischen Katarrh des Blasenhalses verwendet wird.

Auch dem Einwande, dass die Irrigation bei dem entzündlichen Zustande der Urethralschleimhaut zu schweren Folgeerscheinungen, wie ödematöse Schwellung der Glans, des Präputiums, ferner Blutungen, Harnverhaltungen etc. führen können, lässt sich an der Hand umfangreicher Versuchsreihen leicht begegnen.

Die Aufzählung dieser allerdings recht unangenehmen Nebenerscheinungen, welche sich heute noch in manche Publication eingeschlichen hat, stammt wohl aus jener Zeit, in welcher die von Janet ursprünglich zum Zwecke der Abortion empfohlenen Kalispülungen im Schwunge waren. Diese in ihrer originären Anlage wohl kaum von Jemandem mehr verwendete Methode gipfelte, wie bekannt, darin, im acutesten Stadium des Processes 12-, später 18stündlich mit stets höher concentrirten Kalilösungen (1 : 40.000 bis 1 : 500) prolongirte Irrigationen vorzunehmen. Einen abortiven Verlauf bei diesem Verfahren haben wir nur höchst selten, aber häufig die oben citirten Reizerscheinungen beobachten können. Werden die Irrigationen vom Arzte einmal täglich unter einiger Berücksichtigung der an und für sich leicht zu wahrenden Cautele mit entsprechend concentrirten ($^1/_4$—$^1/_2$ $^0/_{00}$) Lösungen bewerkstelligt, so werden sich nie solche üble Zeichen bemerkbar machen, welche den Werth des Verfahrens zu schmälern im Stande wären.

Die Spülungen führen oft schon nach wenigen Tagen eine Klärung des Harnes herbei und bewirken eine Milderung aller bekannten Begleiterscheinungen, mit welchen die Urethritis posterior einherzugehen pflegt, in kürzester Zeit.

Ist man vor die Aufgabe gestellt, in schonender Weise eine Spülung der Blase vornehmen zu müssen, so wird man auch bei anderen als blennorrhoischen Läsionen sich mit bestem Nutzen der Irrigationen bedienen können, indem diesem Verfahren keine der vielen Uebelstände anhaften, welche mit dem Katheterismus in Verbindung stehen. Die guten Erfolge, welche die Kaliirrigationen gezeitigt haben, fachten das Bestreben an, sich das Irrigationsverfahren auch bei der Erprobung der neueren Antiblennorrhoica nutzbar zu machen. Doch muss ich abermals hervorheben, dass, wie wir uns wiederholt überzeugt haben, weder die Silberpräparate, noch das Ichthyol etc., in dieser Anordnung verwendet, jenen Effect zu erzielen vermögen, welchen wir bei der Behandlung der acuten Urethritis posterior mittels Kaliirrigationen zu verzeichnen haben.

Im Anschlusse an die bisher erörterten neueren Heilbehelfe, welche mit mehr oder minder günstigem Erfolge den causalen Indicationen zu genügen trachten, wollen wir noch eines Hilfsmittels gedenken, das in jüngster Zeit vielfach zur Empfehlung gelangte, und auch an unserer Station in ausgedehnten Versuchsreihen verwendet wurde. Von jeher hat das Bestreben, den Erkrankungsvorgängen der Harnorgane auf indirecter Bahn, d. h. auf dem Wege der internen Therapie beizukommen, den lebhaftesten Anklang gefunden und in der That ist die Zahl jener Medicamente nicht gering, welche von diesem Gesichtspunkte aus in der Pharmakopöe figuriren.

Sehen wir von den vielen, namentlich eine Vermehrung der Harnabsonderung und dementsprechend eine Diluirung des Urins anstrebenden vegetabilischen Droguen (Fol. uv. ursi, Rhiz. graminis, Herb. herniar., Chenopod., Fol. bucco etc.) ab, so scheiden sich die in der Urologie gebräuchlichen internen Medicamente. einerseits in solche, welche dank ihres antiseptischen Vermögens auf eine Desinfection der erkrankten Harnwege gerichtet sind, anderseits in die Gruppe jener meist den Balsamicis angehörigen Arzneikörper, welche durch Milderung der katarrhalischen Symptome die Läsion zu paralysiren trachten.

Ohne auf die Bedeutung dieser einzelnen Präparate eingehen zu wollen, möchten wir doch soviel hervorheben, dass sich auch bei der Behandlung des venerischen Katarrhs vielfach die Nothwendigkeit ergibt, bald nur temporär, bald auch durch längere Zeit, in der internen Behandlung eine Unterstützung zu suchen.

Von den hieher zu zählenden Antisepticis ist es vornehmlich der Phenyläther der Salicylsäure — das Salol, welches infolge seiner ausgezeichneten klinisch und experimentell eruirten (Nencki, Sahli) antimykotischen und antiputriden Einwirkung auf den Harn, in umfangreichster Verwendung steht. Das Salol, dessen Spaltungsprocess in Salicylsäure und Phenol erst im Darm nach Einwirkung des Pankreassaftes stattfindet (Rosenberg) belästigt in keiner Weise die Magenverdauung, und kann daher längere Zeit, ohne den Appetit zu beeinträchtigen, genommen werden, wodurch dieses Mittel vor anderen internen Antisepticis, so der Salicylsäure, dem Natron salicylicum, dem Urotropin, auch bei der Behandlung der blennorrhoischen Infection der oberen Harnwege den Vorzug verdient.

In der Reihe der balsamisch-aromatischen Stoffe wieder ist es das von B. Hendersohn in die medicamentöse Therapie eingeführte Sandelöl, welches namentlich in der gereinigten (ostindischen) gelben und rothen Abart wegen seiner erheblich geringeren Störungen der Verdauungsorgane und der Hautfunction vor dem Copaivabalsam, Ol. therebinth., Cubeben u. A. empfohlen zu werden verdient. Dieses Oel, welches auf Posner's Initiative als internes Antigonorrhoicum weite Verbreitung gefunden hat, entwickelt, wie es die empirische Erfahrung lehrt, nicht nur entschieden antiphlogistische und secretionseindämmende Fähigkeiten, sondern bewährt sich auch als sedatives Agens gegenüber den schmerzhaften Sensationen, welche der blennorrhoische Katarrh mit sich zu bringen pflegt.

Aus der Combination der beiden genannten Präparate ist nun zur Erreichung der doppelten pharmakologischen Wirkung das von Dr. Halle (Berlin-Schöneberg) dargestellte Oleum Salosantali, kurz Salosantal, hervorgegangen, welche Substanz das Resultat von Laboratoriumsversuchen bildet, die zur Bestimmung der Löslichkeit des Salol in Oleum santali bei bestimmten Temperaturen unternommen wurden. (1898.)

Das Salosantal stellt eine klare, hellgelbe, dünn-tropfbare Flüssigkeit von dem Aussehen des gereinigten Sandelöls dar, welche den Geruch ihrer Bestandtheile deutlich erkennen lässt. Behufs Verdeckung dieses strengen arzneilichen Odors wird es seitens des Fabrikanten mit dem für die Zwecke eines Geruchs- und Geschmackscorrigens geeigneten englischen Pfefferminzöl versetzt, welcher Zusatz dem Präparate jeden unangenehmen

Beigeschmack vollkommen benimmt, was wir aus den uns zugekommenen Angaben der darüber befragten Kranken nur bekräftigen können. Die Zusammensetzung des Salosantal ist so. dass das Mittel 33 $^1/_3$% Salol enthält, wobei also in 15 g Salosantal 5 g Salol vorhanden sind.

Das Oel kann am einfachsten in Form von Tropfen verordnet werden (Rp.: Salosantali 15·0), von welchen wir 3mal täglich nach der Mahlzeit zu nehmende 10—20 Tropfen verschreiben, welche am besten auf etwas Zucker oder in Zuckerwasser genommen werden. Wird eine angenehmere Dispensation gewählt, so kann das Salosantal, zu 0·5 g Gelatinkapseln einverleibt, verabreicht werden, von welchen täglich etwa drei Stück zu nehmen sind. In der angeführten Verordnung haben wir uns dieses neuen Präparates, das dem Patienten die doppelten physiologischen Vortheile eines Antisepticums und Sedativums bieten soll, in einer namhaften Reihe von Fällen bedient und können dasselbe an der Hand unserer Erfahrungen als ein wirksames Unterstützungsmittel in Empfehlung bringen.

Um die Beeinflussung des specifischen Katarrhs durch diese Doppelverbindung genauer beurtheilen zu können, haben wir zunächst eine Reihe von acuten Blennorrhöefällen einzig und allein der internen Medication unterworfen, wobei nur auf die Einhaltung der sonst üblichen hygienischen Verhaltungsmassregeln Gewicht gelegt wurde. Es zeigte sich bei diesen Versuchen, dass trotz der sonst günstigen Verhältnisse auf dem Wege der inneren Behandlungsart die vollständige Sanirung des specifischen Krankheitsprocesses nie zu erreichen ist. Wohl frappirt Einen häufig das rasche Schwinden aller subjectiven Beschwerden sowie die fast zum Versiegen abnehmende Eiterabsonderung, doch bleibt man schon nach kurzer Zeit auf einer durch die Ausscheidung spärlich schleimigeitrigen Secretes charakterisirten Stufe stehen, von der es selbst nach Wochen und Monaten kein Fortkommen gibt. In allen, lediglich intern behandelten Fällen, deren Zahl wir vorsichtshalber nur auf 20 beschränkten, sahen wir uns nach einigem Zuwarten (6—8 Wochen) bemüssigt, die locale Therapie in ihre Rechte treten zu lassen.

Dass die Secretresiduen in diesen Fällen immer noch Gonokokken führten, bedarf wohl keiner besonderen Erwähnung. Es wäre auch schwer verständlich, wieso ein noch so wirksames Antisepticum und ein noch so exact antiphlogistisch wirkendes

Balsamicum nach der Durchkreisung der langen, zwischen dem Verdauungstract und der Niere gelegenen Bahn, beim Erscheinen im Harn noch die ursprüngliche Wirksamkeit unvermindert aufweisen sollen. Wohl gelingt es stets leicht, den Identitätsnachweis der Salosantalbestandtheile im secernirten Harn zu erbringen. (Salicylsäure mit Eisenchlorid = Violettfärbung, Phenol mit Bromwasser = gelblichweisser Niederschlag von Tribromphenol und Ol. sant. mit Salpetersäureprobe = Opalescenz), doch keinem derselben ist in der Ausscheidungsconcentration ein parasiticides Vermögen zuzuerkennen, auch ist die von den einzelnen Mictionen abhängige Berieselungsdauer der entzündeten Urethralmucosa eine viel zu kurze, als dass der medicamentöse Harn einen besonderen Einfluss entfalten könnte.

Haben wir aber in dem Salosantal auch kein Specificum gegen die Blennorrhöe gewonnen, so vermag dasselbe doch nicht unwesentlich zu dem prompten Verlaufe der Erkrankung, zur Vorbeugung mancher unliebsamen Complicationen, sowie zur Abkürzung bereits bestehender Folgezustände beizusteuern, wenn es als Nachhilfe die directen localen Massnahmen completirt.

So leistet das Medicament wesentliche Dienste, wenn es sich darum handelt, gegen Erkrankungsvorgänge anzukämpfen, welche bereits bis an den Blasenhals und den angrenzenden Blasenwänden gediehen sind und es die Umstände nicht gestatten, mittels Irrigations- oder Katheterbehandlung den Rückgang der Erscheinungen anzustreben. In solchen Fällen ist wirklich häufig von der Salosantalmedication der beste Effect zu erreichen, indem schon nach kurzer Zeit eine Verminderung der Trübung des gonorrhoischen Cistiti-Harnes einzutreten pflegt, sowie ein deutliches Nachlassen aller objectiven und subjectiven Symptome der Urethritis posterior zu verfolgen sind.

Erwähnen möchten wir noch, dass wir bisher in keinem Falle ein toxisches Erythem im Laufe der selbst prolongirten Anwendung des Salosantals beobachten konnten, ein Umstand, der wohl hauptsächlich darauf zurückzuführen ist, dass zur Herstellung des Präparates nur ein Sandelöl verwendet wird, das sich von einer jeden Verunreinigung mit empyreumatischen Stoffen frei erweist. Contraindicirt ist die Anwendung des Mittels, wenn den Krankheitszustand noch acute oder chronische Nierenläsionen compliciren.

REFERATE.

Interne Medicin.

Weitere Mittheilungen über therapeutische Versuche mit Heroin. Von Dr. A. Holtkamp.

Vf. hat Heroin angewendet in 122 Fällen von acuten und chronischen Laryngitiden und Bronchitiden, in 12 Fällen bei Pleuritis mit furchtbar quälendem Reizhusten und heftigem Seitenstechen, in 5 Fällen bei Keuchhusten, in 7 Fällen bei Ischias und Muskelrheumatismus, in 13 Fällen bei Kardialgie, in 23 Fällen bei den heftigen Schmerzen der gastro-intestinalen Form der Influenza, in 5 Fällen allgemeiner Nervosität und nervöser Schlaflosigkeit. Die Patientenzahl setzte sich zusammen aus Leuten jeden Alters, Geschlechts und der verschiedensten Körperconstitution.

Bei acuten Laryngitiden und Bronchitiden Erwachsener liess Vf. dreimal täglich 0·005 g nehmen, in schwereren Fällen, wo besonders die Nachtruhe infolge des Hustens gestört war, wurden im Laufe des Vor- und Nachmittags je 0·005 g und Abends gegen 10 Uhr 0·01 g gegeben, worauf dann immer eine sehr gute Nacht folgte. Bei den acuten Erkrankungen, auch bei Influenza, waren fast regelmässig die Erscheinungen in 3 bis 4 Tagen völlig verschwunden. In 5 Fällen bei fiebernden, stark hustenden Phthisikern wirkte Heroin, Abends zweimal 0·005 g innerhalb zwei Stunden gegeben, gut. Sehr prompt wirkte Heroin in 10 Fällen von Pleuritis sicca; in 1 Falle von zweifellos tuberculöser Form wirkte Morphium hydrochloricum besser.

Bei 5 Kindern im Alter von 2—7 Jahren mit Keuchhusten gab Vf. je nach dem Alter Dosen von 0·0005 bis 0·002 g dreimal täglich. In 4 Fällen war nach 2 Tagen ein bedeutendes Nachlassen der Anfälle, sowohl in Bezug auf Häufigkeit wie auch Intensität.

Bei 2 Fällen von schwerer rechtsseitiger Ischias mit allgemeiner Prostration und Schlaflosigkeit wurde Heroin in Dosen von 0·0025 g zweistündlich und 0·01 g gegen 10 Uhr Abends gegeben. Der Erfolg war ein günstiger, nach 6—7 Tagen waren die Schmerzen völlig verschwunden.

Bei 3 Fällen von Muskelrheumatismus war die analgetische Wirkung deutlich, aber doch nicht eclatant specifisch gegenüber anderen Medicamenten. In 13 Fällen von Kardialgie war die

Wirkung des Heroins bei sehr viel geringeren Dosen viel schneller, stärker und anhaltender als bei Morphium. Bei 26 Fällen der gastro-intestinalen Form der Influenza waren die Erfolge fast immer sehr zufriedenstellend.

In den 5 Fällen von allgemeiner Nervosität und nervöser Schlaflosigkeit wirkte Heroin als Sedativum vorzüglich. In 3—4 Tagesdosen à 0·005 g gegeben, ruft es sehr bald eine körperliche und geistige Ruhe, bessere Stimmung und einen tiefen, gleichmässigen, erquickenden Schlaf hervor.

Vf. hält das Heroin für ein Arzneimittel, welches dem Morphium weit überlegen ist an Promptheit, Schnelligkeit und Sicherheit der Wirkung, vor Allem aber durch das Fehlen übler Nebenwirkungen und Folgen. Letzteres bei nicht zu grossen Dosen, welche im Allgemeinen nur ein Drittel derjenigen des Morphiums betragen sollen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 4, 1899.)

Zur therapeutischen Anwendung des Heroins. Von Dr. A. W. Beketoff.

Vf. hat Heroin bei Tuberculösen, u. zw. ausschliesslich bei solchen, die in Spitalsbehandlung standen, versucht. Vf. benützte zu diesen Versuchen 25 Fälle und verabreichte das Mittel in Dosen von 0·005 g in Pulvern oder Pillen. Die Wirkung des Heroins äussert sich vorwiegend im Aufhören des Hustens. $^1/_4$ Stunde nach der Verabreichung des Mittels war der Husten soweit gestillt, dass der Kranke einschlafen konnte. Die von Strube angegebene Herabsetzung der Athemfrequenz hat Vf. auch vielfach beobachtet, namentlich in jenen Fällen, in welchen die Steigerung der Athemfrequenz mit dem Hustenreiz oder mit pleuritischen Schmerzen zusammenhing. In jenen Fällen aber, in welchen das Asthma mehr durch Herzschmerzen (wie Klappenfehler im Stadium der Compensationsstörung, Myokarditis) oder durch Sauerstoffhunger infolge von Verkleinerung der Athmungsoberfläche (grosse Cavernen etc.) bedingt war, war das Heroin von geringer Wirkung oder blieb ganz ohne Nutzen. Vf. kann der Behauptung Strube's nicht beistimmen, nach welcher das Heroin in allen Fällen von Asthma von Nutzen sei und keine allgemeine schmerzstillende Wirkung besitze. Das Heroin übt keinen merklichen Einfluss auf den Blutkreislauf aus. Infolge seines Einflusses auf den Husten und auf die Brustschmerzen wirkt das Heroin auch auf den Schlaf günstig ein; weniger

nützlich ist es bei Schlaflosigkeit anderer Natur (z. B. bei solcher infolge psychischer Aufregung). Das Heroin wurde stets gut vertragen, u. zw. auch in Fällen, in welchen dyspeptische Zustände oder Diarrhöen vorhanden waren. Besonders nützlich erwies sich das Heroin durch seine hustenstillende Wirkung bei Hämoptöe. Eine Angewöhnung an das Mittel tritt nicht bald ein und kann ziemlich lange durch Steigerung der Dosen hintangehalten werden. In vielen Fällen konnten die Kranken einen Monat hindurch das Heroin täglich in der gleichen Dosis nehmen, ohne dass die Wirkung sich abgeschwächt hätte. Ueber Mengen von 0·01 pro dosi und 0·025 pro die ist Vf. nie hinausgegangen und hat in keinem Falle irgendwelche schädliche Nebenwirkung gesehen. Das Heroin übt auch auf das subjective Befinden einen günstigen Einfluss. — (Klin. therap. Wochenschr. Nr. 14, 1899.)

Dionin und seine Anwendung bei der Abstinenzcur des chronischen Morphinismus. Von Dr. A. Fromme.

Bei der Morphiumentziehung muss man die Reduction der gewohnten Dosis und die schliessliche gänzliche Entziehung des Mittels von der Heilung streng unterscheiden. Die Reduction des Mittels selbst stellt ein neues, schwächendes Moment in der Cur dar, indem sie die chronische Neurasthenie in eine hyperacute verwandelt. Deshalb ist auch eine zu lange hingezogene Reduction unpraktisch und zu verwerfen. Während der Reduction soll man vor allen Dingen danach streben, bei leidlichem körperlichen Befinden und wenigstens theilweise erhaltenem Schlaf womöglich eine Zunahme des Körpergewichtes zu erzielen. Die Entziehung soll den kranken Körper von dem gewohnten Gift entlasten, ohne jedoch allein eine vollständige Heilung erzielen zu können. Diese bleibt der wichtigen Nachcur überlassen. Man ist seit vielen Jahren bestrebt, das Morphium durch ein anderes nicht schädliches oder doch weit weniger schädliches Mittel zu ersetzen, das keine Euphorie macht und die Abstinenzsymptome während der Entziehung zum Verschwinden bringt. Die sogenannte Substitutionscur am Ende der Entziehung ist meistens an der unrichtigen Wahl der Mittel gescheitert. Vf. hat in einer grösseren Reihe von Fällen die Morphiumentziehung mittels des Dionin (die salzsauere Verbindung des Morphinäthyläthers) gemacht. Dionin ist ein dem Peronin und Codeïn ähnlich wirkendes Präparat, das jedoch infolge seiner angenehmen therapeutischen Eigenschaften

diesen voranzustellen ist und sich obendrein für subcutane Lösungen eignet infolge seiner leichten Löslichkeit im Wasser und den schmerzlosen Injectionen.

Die normale Dosis für einen Kranken, der nicht am chronischen Morphinismus leidet, ist nach v. Mering 0·015—0·03 g pro inj. subcutanea und 0·03—0·06 per os. Die Dosirung bei der Entwöhnung von Morphium muss infolge der continuirlichen toxischen Zufuhr des Morphiums und der dadurch bedingten Gewöhnung eine viel höhere sein. Sobald Vf. bei der Morphiumentziehung auf 0·04—0·02 g pro die angelangt ist und die Patienten sich hierbei noch leidlich wohl befinden, substituirt Vf. diese ganze Morphiumdosis durch das Dionin. Sofort nach einer Injection von Dionin klingen auch die heftigsten Abstinenzsymptome ab, um in kurzer Zeit vollständig zu verschwinden. Die Dauer der Wirkung ist eine verschiedene und beträgt je nach der Höhe und dem Grad der Abstinenzen zwei bis mehrere Stunden. Stellen sich dann wieder Abstinenzen ein, so coupirt man sie durch neue Dionininjectionen. Während man in den ersten Tagen der Zeit und Quantität nach etwas grössere Dosen injiciren muss, braucht man schon am dritten oder vierten Tag nur noch 2—3mal täglich zu injiciren. Sodann braucht man in den meisten Fällen nur noch Abends eine Injection, um Schlaf herbeizuführen. Geradeso wie das Codeïn bewirkt auch das Dionin absolut keine Euphorie wie das Morphium, auch keinen der Euphorie ähnelnden Zustand, sondern bewirkt nur ein Abklingen der Abstinenzsymptome. Gerade diese Thatsache macht die Anwendung des Mittels gefahrlos und verhindert eine spätere Angewöhnung. Meistens hat Vf. eine 3procentige Lösung von Dionin zur subcutanen Injection angewandt und pro dosi 00·5—0·08 gegeben, tagsüber, um etwa 0·02—0·04 g Morphium zu ersetzen, bis zu 1 g Dionin. In den meisten Fällen kam er mit 0·4—0·6 pro die aus. Man soll die erste Zeit nach der totalen Morphiumentziehung nicht zu geringe Dosen geben, damit der Kranke Zutrauen zu dem Mittel bekommt. In der Regel lassen schon die Hauptbeschwerden nach 4—5 Tagen nach. Nach Injection von Dionin tritt regelmässig und prompt nach $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde ein ziemlich heftiges, aber keineswegs lästiges Hautjucken ein, das nach kurzer Zeit wieder verschwindet. Dasselbe erstreckt sich über den ganzen Körper, aber vorzugsweise über die unteren Extremitäten. Dann fühlt sich der Patient unter gleichzeitiger

Pulsbeschleunigung angeregt und frisch. Eine der allerwichtigsten Erscheinungen ist das bald nach einer grösseren Injection eintretende Gefühl der Müdigkeit. Das Dionin wirkt günstig auf den Schlaf. Will man die schlafbringende Wirkung des Dionin vermeiden, so muss man geringere Dosen geben, etwa 0·03 pro dosi. Gerade wegen der schlafbringenden Wirkung ist das Dionin bei der Morphiumentziehung von grossem Werth, weil man mit ihm die Schlaflosigkeit erfolgreich bekämpfen und die Schlafmittel gänzlich vermeiden kann. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14, 1899.)

Dormiol, ein neues Schlafmittel. Von Dr. Meltzer.

Das Dormiol — von Dr. Fuchs erfunden — entsteht dadurch, dass sich unter bestimmten Bedingungen Chloral- und Amylenhydrat zu dem Alkoholat Dimethyläthylcarbinolchloral oder Amylenchloral vereinigen; es ist eine farblose, ölige Flüssigkeit, vom specifischen Gewicht 1·24, eigenem kampferartigen Geruch und kühlend brennendem Geschmack. Mit Wasser in gleicher oder grösserer Menge vermischt und geschüttelt gibt es zunächst eine milchartige Emulsion; aus dieser scheidet sich das Dormiol nach einiger Zeit wieder unter dem leichteren Wasser ab. Im Verlauf von Stunden bis Tagen bildet sich an der Berührungsfläche eine Lösung von Dormiol in Wasser, die das Ganze in sich aufzunehmen vermag. Durch Zusatz von viel Wasser lässt sich aus dieser Lösung wieder das specifisch schwere Dormiol zur Abscheidung bringen. Bei anhaltendem Kochen mit Wasser tritt plötzlich eine klare Lösung ein. Mit Alkohol, Aether und fetten Oelen mischt es sich in jedem Verhältniss.

Vf. gab das Dormiol Menschen entweder in Wasser gelöst 1 : 5 oder 10 cm³, nach Umständen ein Geschmackscorrigens oder nach dem Recept:

Dormiol.
Mucilag. gumm. arab.
Sirup. simpl. āā 10·0
Aq. dest. 120·0

M. D. S. Vor dem Gebrauch kräftig schütteln. 1—2 Esslöffel voll zu geben.

Auch in Oel kann man es verabreichen, ferner in Gelatinkapseln. Mit der einfachen Lösung in Wasser war Vf. am meisten zufrieden; sie nahm sich besser als das süssliche Chloralhydrat und das scharfe Amylenhydrat und Paraldehyd, und

die Wirkung trat nach der Lösung in Wasser prompt nach $^1/_4$ — $^1/_2$ Stunde ein, während die Auflösung der Kapseln und die Resorption des Oeles, sowie der Emulsion noch eine besondere Zeit erfordert. Gaben von $^1/_2$ g genügten, um bei Nervösen oder auch bei siechen und alten Personen, selbst bei psychischer Erregung, einen ruhigen, traumlosen, mehrstündigen Schlaf herbeizuführen. Kranke derselben Art vertrugen auch 1—2 g. Puls, Athmung und Temperatur zeigten keine bedeutenderen Differenzen, als wie sie im Schlafe gewöhnlich constatirt werden. Die Kranken haben nach 2 g keinerlei üble Nachwirkungen verspürt. 2—3 g haben auch in solchen Fällen, wo andauernde psychische Erregung geringeren und mittleren Grades Schuld an dem Schlafmangel waren, fast stets Erfolg gehabt, und nur bei hochgradiger Erregung, besonders bei Paralytikern, versagte das Mittel. Zuweilen konnte Vf. selbst da durch Zusatz von 0·02 Morphium oder 0·04—0·08 Peronin zu 2—3 g Dormiol Erfolg erzielen. Ueber 3 g ist Vf. mit Rücksicht auf die Thierexperimente nicht hinausgegangen. Als Tagesdosis könnte man wie beim Chloralhydrat 6 g festsetzen. Eine cumulirende Wirkung hat Vf. nicht gesehen. Bei Verabreichung des Mittels am Tage blieb öfter die specifische Wirkung aus als Nachts.

Die Schlafdauer war sehr verschieden, je nachdem die Bedingungen für die Wirkung günstige oder ungünstige waren. Im Allgemeinen richtete sie sich nach der Intensität der vorherrschenden Erregungszustände; je stärker diese, desto kürzer der Schlaf. Ob Dormiol vor dem Chloralhydrat Vorzüge hat, wagt Vf. nicht zu entscheiden. Das Dormiol ist ohne Nachtheil auch bei Herzkranken angewendet worden. Solchen Patienten ist das Dormiol nicht in hohen Gaben und am besten in reiner Substanz mittels Kapseln zu geben. Das Dormiol hatte zweifellos in Fällen Erfolg gehabt, in denen Chloralhydrat öfter im Stich gelassen. Man ist berechtigt, in dem Dormiol ein gutes, in seiner Wirkung am meisten dem Chloralhydrat ähnliches Hypnoticum zu erblicken, das in Gaben von 0·5—3·0 prompte Schlafwirkung ohne unangenehme Begleiterscheinungen oder Folgen erzielt, sogar bei einer grossen Zahl von Geisteskranken, die sich im Zustande mehr oder weniger starker Erregung befinden. — (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 18, 1898.)

Ueber Aspirin (Acetylsalicylsäure). Von Dr. Julius Wohlgemuth. (Klinik von Leyden in Berlin.)

Das Aspirin (Acetylsalicylsäure) wird durch Einwirkung von Essigsäureanhydrid auf Salicylsäure erhalten und hat die Formel $C_6H_4\left\langle\begin{matrix}COOH\\O\cdot CO\cdot CH_3\end{matrix}\right.$. Es bildet weisse Krystallnädelchen vom Schmelzpunkt 135°, die sich in Wasser von 37° zu 1% lösen, im Alkohol und Aether leicht löslich sind und mit verdünntem Eisenchlorid keine Blaufärbung geben. Was sein Verhalten im Magen anbetrifft, so ergaben künstliche Verdauungsversuche eine sehr schwere Löslichkeit und Spaltbarkeit in Gegenwart verdünnter Säuren. Im alkalischen Darmsaft ging die Abspaltung der Salicylsäure aus dem Aspirin wesentlich schneller vor sich. Im Darm wird die Salicylsäure gänzlich frei und geht als solche durch den Organismus. Die Erfahrungen über Aspirin am Krankenbett stützen sich auf 10 Patienten. Die Heilkraft des Aspirin ist dieselbe, wie der Salicylsäure selbst, das Aspirin kann jedoch insofern als ein verbessertes Ersatzmittel für das salicylsaure Natrium gelten, als es die unangenehmen Nebenerscheinungen, wie Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit nicht zur Folge hat. Empfehlenswerth ist es, das Aspirin in Substanz als Pulver (3 g pro die) und nicht in Lösung zu geben, da es sich in Wasser fast gar nicht löst, und der Zusatz von Alkohol bei vielen Patienten Widerwillen hervorruft. — (Therap. Monatsh. Nr. 5, 1899.)

Das Bluttrinken und die modernen Blutpräparate. Von Dr. Rosenstein. (Aus dem pharmak. Laboratorium von Prof. Lewin in Berlin.)

Zahlreiche Blutpräparate enthalten den Blutfarbstoff gar nicht oder nicht in der Form, wie es aus dem Namen der Medicamente und den Reclameanzeigen angenommen werden muss. Vf. hat folgende Blutpräparate untersucht: Radlauer's Hämoglobinpastillen, Nardi's Hämoglobin, Pfeuffer's Hämoglobinsyrup und Hämoglobinzeltchen, Hommel's Hämatogen, Fortuna-Hämatogen, Theuer's Hämoglobin-Albuminat, Dynamogen, Ferrhämin-Hertel, Dahmen's Hämalbumin, Hämoglobinum-Merck, Hämogallol-Kobert, Hämol-Kobert, Sanguinoform und Krewel's Sanguinalmedicamente; ferner Fleischsaft Puro, Meatjuice, gewöhnliche Blutwurst in rohem und gekochtem Zustande und ein amerikanisches, als „Sanguis bovinus exsiccatus“ bezeichnetes Präparat. Da es

sich im Wesentlichen um die Frage handelte, in welcher Form der Blutfarbstoff in den Präparaten vorhanden ist, so wurde lediglich das spectroskopische Verhalten der Letzteren geprüft. Nicht ein einziges der untersuchten Präparate besteht aus völlig reinem Blute.

Die Empfehlung der Blutpräparate als blutbildender Mittel beruht auf falschen Voraussetzungen. Selbst wenn die Präparate reines Blut enthielten, würde ihre Wirksamkeit dadurch nicht erhöht; denn die Resorption des Bluteisens im Magendarmcanal, die das wichtigste Postulat für den Gebrauch von Blut bei Chlorose darstellt, ist nicht erwiesen, sie wird sogar von Voit und Cloetta geleugnet. Auch die klinischen Erfolge der Blutpräparate können die Anwendung derselben nicht rechtfertigen, da die erzielten Wirkungen in keiner Weise die der anorganischen Eisenpräparate übertreffen, deren Resorption durch die Untersuchungen von Hochhaus und Quincke festgestellt ist. Es lässt sich auch das Bluteisen zur Wirkung bringen, wenn man Blut subcutan oder intravenös injicirt. Diese Methode, bei welcher das Bluteisen nicht nur resorbirt, sondern auch zum grössten Theil im Organismus zurückgehalten wird, kann aber niemals Eingang in die Therapie der Chlorose aus äusseren und inneren Gründen finden; sie ist vielleicht mehr geeignet, einem acuten, durch starken Blutverlust veranlassten Eisenmangel in den Fällen abzuhelfen, in denen eine genügende Resorption von Seiten des Verdauungscanals nicht stattfindet. In diesem Sinne könnten subcutane Hämoglobininjectionen, bei denen das Hämoglobin zweckmässig in physiologischer Kochsalzlösung aufgelöst wird, an die Stelle der früher oft geübten Transfusion treten. Im Gegensatz zu den Hämoglobininjectionen kann die Empfehlung pro os verabreichter Blutpräparate geradezu als ein Rückschritt bezeichnet werden, der an jene Zeiten der Medicin erinnert, in denen falsche Vorstellungen das Experiment ersetzen mussten. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17, 1899.)

Ueber Gicht. Von Dr. A. Magnus-Levy.

Die Gelegenheit zur Beobachtung von 36 Fällen echter Gelenksgicht ermöglichte es, die bis heute gangbaren Anschauungen über diese Krankheit einer neuen Kritik zu unterziehen. In 11 Fällen spielte eine Bleivergiftung eine ätiologische Rolle, öfters Alkoholmissbrauch, dagegen war ein Einfluss überreichlicher Ernährung in den meisten Fällen nicht festzustellen. Die Diagnose

der Gicht ist mit Sicherheit nur aus der Beobachtung eines Anfalles und aus dem Vorhandensein der Tophi zu stellen; Letztere können aber durch Rückbildung Formen annehmen, dass sie über ihre Natur zweifeln lassen; sie können sogar einem Lipom ähnlich werden. Dass die Diagnose der Gicht nicht immer leicht sei, beweist der Umstand, dass viele der Gichtpatienten Jahre lang als Gelenksrheumatiker behandelt worden sind. Vf. stellt den Satz auf: ein Mann am Ende der Vierziger- oder über dem Anfang der Fünfzigerjahre hinaus, der seit Jahren an „Reissen mit Anfällen“ leidet und dabei keine stärkeren Difformitäten oder chronische stationäre Erscheinungen zeigt, hat fast ausnahmslos Gicht. Besonders die Betheiligung der Haut und der ganz eigenartige Gichtschmerz sind für Gicht entscheidend. Die Haut ist hier intensiv, manchmal phlegmonös geröthet, stärker als bei Gelenksrheumatismus, und der Schmerz in der Haut auch viel stärker. Das Reiben in den Gelenken kommt typisch fast ausschliesslich als Gichtknirschen in den Kniegelenken vor. Unter 25 daraufhin untersuchten Patienten wurde dieses Symptom 16mal beobachtet. Hinsichtlich der Therapie bemerkt Vf., dass die Salicylpräparate auf den Namen eines Specificums durchaus nicht einen Anspruch haben, jedenfalls nicht wie das Colchicum. Letzteres Mittel wurde als Vinum colchici (100 Tropfen = 5—6 g) eventuell in Verbindung mit Abführmitteln oder als Liqueur de Laville auch als Liquor colchici Malius gegeben. Besonders der Liquor de Laville — ein Geheimmittel — hatte oft geradezu verblüffende Erfolge. Für alle drei Mittel galt, dass nur grosse Dosen, für kurze Zeit gegeben, volle Wirksamkeit entfalteten. Am besten schien es, das Mittel nach dem Abklingen der heftigsten Entzündung zu reichen und durch 4—6 Tage zu geben. Auf diese Weise wird auch eine nennenswerthe Schädigung des Körpers durch das Colchicum vermieden. Der Einfluss von Kalomel, Acidum muriaticum, Urotropin, auch der Citronencur, schien nicht so gross zu sein; übrigens ist der käufliche Citronensaft häufig nur ein leidlich gutes, künstliches Präparat. Von Aderlässen wurde kein Erfolg gesehen. Eine der gangbaren Angaben besagt, dass der Harnsäuregehalt des Blutes vermehrt, die Alkalescenz vermindert sei. Beide Annahmen sind nach Vf. vollständig unhaltbar und ein etwa vermehrter Harnsäuregehalt des Blutes spricht nicht bloss für Gicht, sondern kommt auch bei anderen Krankheiten vor. Was die vermehrte Harnsäureaus-

scheidung durch den Urin während der Anfälle betrifft, so weist Vf. darauf hin, dass dieselbe von dem Gesammteiweissumsatz unabhängig und zum grossen Theile auf den Anfall zu beziehen ist. Es wurde auch der Einfluss von Medicamenten auf die Harnsäureausscheidung untersucht, umsomehr, als gerade die Harnsäure ausschwemmende Wirkung für die Gichttherapie massgebend sein sollte. Die Untersuchung ergab, dass der Werth eines Medicamentes als Gichtmittel mit der Harnsäureausscheidung gar nichts zu thun hat. Zahlreiche dieser Mittel verändern die Ausscheidung der Harnsäure gar nicht und diejenigen beiden Mittel, welche am stärksten wirken, offenbar in ganz verschiedener Weise, die Herbstzeitlose, welche der Vf. entschieden als Specificum betrachtet, setzt die Ausscheidung sogar herab; die Salicylsäure hingegen, welche nicht die Vorzüge der Ersteren hat, bewirkt eine erhebliche Steigerung der Harnsäureausscheidung. — (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 36, H. 5 u. 6; Wien. klin. Wochenschr.)

Die Diät in Curorten. Von Prof. Dr. G. Klemperer.

Es gibt keine besondere Diät in Curorten, sondern es gibt nur eine besondere Diät für eine besondere Krankheit. Diese Diät ist dem Kranken in gleicher Weise zu verordnen, ob er in seiner Heimat oder ob er in einem Curorte behandelt wird. Die Modificationen, welche die Krankendiät durch die besonderen Eigenschaften des Curortes, insbesondere durch die chemische Zusammensetzung der Trinkquellen erfährt, sind nur geringfügiger Art und beschränken sich grösstentheils darauf, dass die Wasser nicht in unmittelbarem Anschlusse an die Mahlzeiten getrunken werden, um unzweckmässige Verbindungen zwischen den Quellingredienzien und den Nahrungsbestandtheilen zu verhüten.

Die Curdiät der Fettleibigen darf keine andere sein, als sie Fettleibigen auch fern von den Curorten verordnet wird. Die Kampfeswogen der Discussion zwischen den Verfechtern der verschiedenen Entfettungsmethoden gehen nicht mehr so hoch, als noch vor einem Jahrzehnt. Als die Hauptsache erscheint heute, dass der Fettleibige weniger isst, als bisher, dass die Gesammtnahrungszufuhr erheblich gekürzt werde. Die Eiweissnahrung werde nicht erheblich vermindert. Unter eine zur Erhaltung des Muskelbestandes ausreichende Eiweissmenge von 100—120 g soll man nicht heruntergehen. Die Kürzung betrifft stets die N-freien Nahrungsmittel. Ob man aber dem Fett-

leibigen die Fette, ob man ihm die Kohlehydrate mindert — ganz entziehen darf man ihm weder das Eine noch das Andere — dürfte im Principe gleichgiltig sein und von den Gewohnheiten und Liebhabereien der Patienten abhängig gemacht werden. Das Regime wird sich in den meisten Fällen so gestalten, dass man den Patienten seine Fleischration in gewohnter Weise weiter nehmen lässt, dazu viel grüne Gemüse und viel Obst, und dass man Brot und Butter, Kartoffeln, Mehlspeisen, Käse möglichst einzuschränken räth. Ganz wesentlich zu vermindern ist auch die Zufuhr alkoholischer Getränke. In der Entziehung des Alkohols liegt das Geheimniss der Oertelcuren begründet. Die Flüssigkeitsentziehung entfettet dann am sichersten, wenn die zu entziehende Flüssigkeit Bier oder Wein ist und das Trinkverbot einen Menschen betrifft, der an grosse Mengen alkoholischer Flüssigkeit gewöhnt war. Vf. hält es für unbewiesen, dass Wassertrinken zum Fettwerden beiträgt oder dass Einschränkung von Wassergenuss entfettet. Das Verbot, beim Essen zu trinken, setzt den Appetit stark herab, die Oertelsche Vorschrift stellt nur eine besondere Art von Nahrungsentziehung dar.

Bewegung jeder Art (Gehen, Bergsteigen oder eine sportartige Bethätigung) ist das wesentliche Hilfsmittel der Entfettung. Anregung der Wärmebildung durch Wärmeentziehung trägt zur Fettzersetzung mächtig bei (Winternitz); Schwitzproceduren sind ebenso wie Kälteanwendungen als wesentliche Factoren der Entfettungscuren zu betrachten. Die bedeutende Rolle, welche den alkalisch-salinischen Quellen bei den Entfettungscuren zukommt, kann nach dem heutigen Stande unseres Wissens nicht erklärt werden. Die Diät im Curorte soll für den Patienten vorbildlich werden. Im Curorte soll der Patient diätetisch und hygienisch erzogen werden. Eine zu schnelle Entfettung ist von Uebel, oft bezahlt der Patient einen schnellen Gewichtsverlust mit schweren Nerven- oder Herzstörungen. Die Diät soll so eingerichtet werden, dass der Patient in einer Woche 1—2 Pfund verliert.

Curdiät der Gichtkranken. Es ist heute ziemlich sicher, dass die im Blut circulirende und durch den Urin ausgeschiedene Harnsäure mit dem gewöhnlichen Eiweiss nichts zu thun hat, und dass sie nicht als ein Product verlangsamten Stoffwechsels zu betrachten ist. Höchst wahrscheinlich entstammt sie nur den

Nucleïnen, welche in den Zellkernen enthalten sind. Harnsäure erscheint in reichlicher Menge im Urin nach Genuss von Muskelfleisch, insbesondere aber von Drüsengewebe (Thymus, Leber, Milz, Nieren), während pflanzliche Kost, Milch und Eier die Harnsäuremenge beträchtlich herabdrücken. Weder für die Fleischkost, noch für die vegetarische Diät sind entscheidende Gründe vorzubringen. Gemischte Kost ist das Beste, Mässigkeit und Geringfügigkeit der Mahlzeiten zu empfehlen. In der Praxis ist es meist üblich und scheint sich auch bewährt zu haben, den Patienten bei mässigen Fleischmengen viel Gemüse und viel Obst zu reichen; auch Milchcuren sind sehr beliebt. Garrod empfahl viel Getränk und reichliche Bewegung, um die Harnsäure zur Ausscheidung und zur Verbrennung zu bringen. Auf die Frage, woher die Entzündungen und Nekrose der Gichtkranken stammen, da wir die Harnsäure nicht mehr für sie verantwortlich machen, muss man die bestimmte Antwort schuldig bleiben. Es ist plausibel, dass irgendwelche Schädlichkeiten im Blute kreisen, durch welche die entzündlich-nekrotischen Processe hervorgerufen werden, in welchen die Harnsäure sich festsetzt. Wenn man also einen „Gichtstoff" supponirt, der die wesentlichen Symptome verursacht, so wollen wir diesen Gichtstoff durch reichliche Wasserzufuhr verdünnen und zur Ausscheidung bringen, durch jede Anregung des Stoffwechsels seine Zersetzung befördern. Wir zielen nicht mehr auf die Harnsäure, wir versprechen uns auch nichts von harnsäurelösenden Mitteln; aber wir wollen doch, dass die Kranken frugal leben, sich rüstig bewegen und viel Getränk zu sich nehmen. Es ist mehr die Flüssigkeitszufuhr als die besondere Art des Wassers, welche nützt. Wichtig ist, dass die Patienten oft am Tage trinken, um eine Art dauernder Durchspülung zu bewirken. Jede Art der Bewegung und der Muskelarbeit, sei sie activ oder passiv, fördert das Curregime. Alkohol ist, wenigstens in concentrirter Form, bezw. in grösserer Menge, am besten völlig zu vermeiden. Bäder sind den Gichtkranken nützlich, insoferne sie der Anregung des Stoffwechsels dienen; eine specifische Wirkung gewisser Bäder ist nicht anzunehmen.

Diätetik des Diabetes. Man wird die schweren Formen von den leichten trennen, bei den leichten Formen wird man unter allen Umständen auf eine scharfe Entziehung der Kohlehydrate dringen. Hauptbedingung ist, dass die Entziehungsdiät von den

Patienten gut vertragen wird, ohne dass sie an Gewicht abnehmen, und ohne dass sie übermässig nervös werden. Die Strenge der Verordnung hat nicht weiter zu gehen, als zu Erreichung eines zuckerfreien Urins nöthig ist, auch bei sehr strenger Diät ist in der Gewährung von Gemüsen eine grosse Reichhaltigkeit möglich. Diabetiker der schweren Form dürfen Entziehungscuren gar nicht oder doch nur sehr milde unterzogen werden. Strenge Diät kann sie in Lebensgefahr bringen; die Erhaltung des Körpergewichtes steht bei ihnen in allererster Linie. Von unbestreitbarem Nutzen ist die Darreichung von Natron bicarbonicum für alle Diabetiker; die Dosen sind so gross zu wählen, dass der Urin nur ganz schwach sauer reagirt.

Die Frage, wie weit Trinkcuren für Diabetiker von besonderem Nutzen sind, ist nach unseren heutigen Kenntnissen nicht abschliessend zu beantworten. v. Noorden hat geprüft, wie weit die Assimilationsfähigkeit einiger Diabetiker, welche Karlsbader und Neuenahrer Curen durchgemacht hatten, gesteigert war; das Resultat war ein so verschiedenes bei verschiedenen Patienten, dass auch aus diesen Versuchen eine entschiedene Stellungnahme nicht abgeleitet werden kann. Eine günstige Wirkung der Trinkcuren ist bei vielen Diabetikern unverkennbar. Vf. hat viele Diabetiker auch ohne Karlsbad und Neuenahr in erwünschtem Zustande gehalten; oft hat er auch von der Seeluft oder dem Höhenklima gute Unterstützung der diätetischen Behandlung gesehen. — (Deutsche Med.-Ztg. Nr. 36, 1899.)

Chirurgie.

Weitere Erfahrungen über Appendicitis. Von Dr. H. Doerfler.

D. unterscheidet 1. eine Appendicitis propria; 2. eine Periappendicitis serosa; 3. eine Periappendicitis suppurativa seu perforativa. Letztere auftretend: *a)* als circumscripte eitrige Periappendicitis; *b)* als allgemeine eitrige Peritonitis; *c)* als foudroyante, septische, allgemeine Peritonitis.

Ad 1: Die Erkrankung ist auf den Wurmfortsatz beschränkt (chron. Katarrh, Empyem, Ulceration und Stricturbildung in der Wurmfortsatz-Schleimhaut). Unter den Symptomen steht die Wurmfortsatz-Kolik obenan. Sie stellt sich ohne Vorboten oder nach unbedeutenden Durchfällen plötzlich, überaus heftig

ein, wiederholt sich durch Stunden hindurch alle 1—2 Minuten; Localisation der Schmerzen in der Regel in der Nabelgegend. Abdomen gespannt. Meist kein Erbrechen, Patient sieht verfallen aus. Nach dem Anfalle bleibt eine wurstförmige, empfindliche Schwellung, dem Wurmfortsatze entsprechend, ohne Dämpfung zurück, späterhin stetige Neigung zu Durchfällen. Die interne Medication ist hier machtlos, die Entfernung des Organes allein angezeigt, und gefahrlos. Die Statistiken über Wurmfortsatz-Exstirpationen im sogenannten freien Intervall weisen meist 100% Heilungen auf.

Ad 2: Das Krankheitsbild verläuft subacut, ohne stürmische Erscheinungen. Patient hat hie und da Schmerz in der Unterbauchgegend, Blähungen etc. durch einige Tage, abendliche Temperatur-Steigerungen. In der Blinddarmgegend findet sich eine unverschiebliche, auf Druck mässig empfindliche Resistenz, bald quer verlaufend, bald schräge, parallel zum Poupart'schen Bande, oder der Darmbeinschaufel entlang sich erstreckend. Der Schall meist gedämpft. Im Gegensatze zu Appendicitis propria findet sich also bei dieser Form eine deutliche harte Geschwulst, ein intraperitoneales Exsudat. Auf Eis, Opium, Diät und Bettruhe pflegt nach 2—3 Tagen eine vorhandene Temperatur-Steigerung zu schwinden, die Geschwulst zurückzugehen. Diese Erkrankungen sind also leichter Natur. Mit exspectativer Behandlung kann Alles erreicht werden. Nur in der häufigen Wiederholung solcher Attaquen (3—4mal), besonders wenn sie an Schwere zunehmen, ist eine Indication zur Operation im freien Intervall gegeben.

Ad 3 *a:* Stürmisches Einsetzen der Krankheit, Schüttelfröste, atypisches Fieber. Heftigste Schmerzen im Abdomen entweder mitten in voller Gesundheit, oder nach unbedeutendem Unwohlsein; die Schmerzen kolikartig, sich bald auf die rechte Unterbauchgegend localisirend, wo sich bald eine schmerzhafte Resistenz ausbildet. Erbrechen, Diarrhöe (ev. auch Obstipation), Meteorismus, schwere Allgemeinerscheinungen. Erschwerte Beweglichkeit des rechten Beines, leichte Beugung und Aussenrotation.

Das Exsudat nimmt in den ersten 14 Tagen, wenn auch unregelmässig und für kurze Zeit sich eventuell auch verkleinernd, immer zu, breitet sich entweder gegen die rechte Lendengegend, gegen die Medianlinie, oder am häufigsten gegen die Blasen-

gegend hin aus, zwischen Blase und Mastdarm, resp. Blase und Uterus. Häufige Untersuchung per Rectum ist darum zur Orientirung dringend nothwendig und oft ausschlaggebend für das therapeutische Handeln. Bei geeigneter Opiumbehandlung und Diät können sich diese Exsudattumoren fast schmerzlos entwickeln und wochenlang bestehen bleiben.

Der Process kann fortschreiten auf dem Wege der Lymphbahnen und Blutgefässe (septische Pfortaderthrombose, Peritonitis purulenta auf dem Wege der Lymphbahnen) oder mechanisch durch Durchbruch in die freie Bauchhöhle; die drohende oder erfolgte Peritonitis wird sich manifestiren durch grosse Prostration, Ruhelosigkeit bei Tag und Nacht, leichtes Eingenommensein des Sensoriums, Durst, Schüttelfröste, wiederauftretendes Erbrechen, Schmerzhaftigkeit bisher freier Bauchpartien, leichter Ikterus, Eiweiss im Harne, starker Meteorismus, unregelmässige Temperatursteigerung oder auffallender Temperaturabfall. Alle diese Symptome zusammen, oder mehrere zu gleicher Zeit, vielleicht auch nur eines derselben müssen unsere Wachsamkeit schärfen und uns zu chirurgischem Handeln drängen.

Bei fehlenden Alarmsymptomen möge einige Tage exspectativ behandelt werden. Bestehen aber am zweiten oder dritten Tage die bedrohlichen Erscheinungen noch fort, resp. ist nach einer Besserung wieder Verschlechterung eingetreten, so droht Peritonitis und ist nur von einer sofortigen Operation noch Heil zu erwarten.

Allerdings ist die Operation nicht gefahrlos. Gefahren sind gelegen in der Möglichkeit der Eröffnung der freien Bauchhöhle oberhalb des eigentlichen Eiterherdes, in der Möglichkeit der Verletzung einer Darmschlinge, der vorgedrängten Blase, in der Möglichkeit des Uebersehens eines zweiten oder dritten Eiterherdes.

3 *b):* Leider ist die Differential-Diagnose zwischen der allgemeinen und circumscripten eitrigen Peritonis, in der wichtigsten Zeit, den ersten 12—15 Stunden, nicht mit Sicherheit zu stellen. Hat sich das Bild nach 24 Stunden geklärt, und treten die Symptome der allgemeinen Bauchfellentzündung deutlicher zu Tage, so ist es leider zur Operation oft schon zu spät. Aber alle Chirurgen sind darin einig, dass man bei zweifelloser allgemeiner Peritonitis unter allen Umständen versuchen soll, jetzt

noch durch einen operativen Eingriff das schwer bedrohte Leben zu retten.

3 *c):* Die acute septische Peritonitis nach Appendicitis ist die gefürchtetste. Sie führt fast immer zum Tode. Anfang wenig stürmisch, die relative Euphorie des septisch inficirten Patienten hält bis zum Tode. Auffallende Blässe und Verfallensein des Gesichtes, leichtes Erbrechen in Zwischenräumen von 3—4 Stunden, Puls 100—130, später 150—180, die Athmung oberflächlich und etwas beschleunigt. Hie und da seufzen die Patienten tief auf. Temperatur normal oder leicht febril 38·0 bis 38·9. Leichter Meteorismus, geringe Druckempfindlichkeit, leichte Resistenz in der Ileocöcalgegend. Das Erbrechen ist die alarmirendste Erscheinung. Tod unter zunehmenden Delirien nach drei, fünf bis sechs Tagen.

Die frühzeitigste Untersuchung in Narkose zur Auffindung des Eiterherdes, und die frühzeitigste Operation von besonderster Wichtigkeit. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 14—17, 1899.)

Bemerkungen zur Therapie der angeborenen Hüftverrenkung durch unblutige Reposition. Von Prof. A. Lorenz.

L.'s Methode der unblutigen Hüftreposition ist an mehr als 300 Fällen im Principe fertig ausgearbeitet. Was zunächst die Altersgrenze betrifft, so muss streng individualisirt werden. Graciler Knochenbau, dehnbare Weichtheile, also voraussichtlich leicht ausgleichbare Verkürzung lassen die Altersgrenze zwar im speciellen Falle höher stellen. Im Allgemeinen jedoch ist für die unblutige Reposition einseitiger Verrenkung das 10., für die Reposition doppelseitiger Verrenkung das 8. bis 9. Lebensjahr als Grenze anzusehen. Jenseits dieser Grenzen sollte die Reposition nicht ausgeführt werden. Eine untere Altersgrenze für die Operation existirt nur insoferne, als man zuwarten soll, bis das Kind verlässlich bettrein geworden ist.

Die Operation selbst ist ihrem Charakter nach ganz verschieden von den Repositionsmanövern, welche bei der traumatischen Luxation zur Anwendung gelangen. „Vielmehr ist die Reposition des congenital luxirten Hüftgelenkes nichts mehr und nichts weniger als ein modellirendes Redressement des Hüftgelenkes," also analog dem modellirenden Redressement des Klumpfusses. Die vorbereitenden Acte bestehen in der Mobilisirung des Hüftgelenkes, u. zw. 1. in der Herabholung

des Schenkelkopfes und 2. in der Erweiterung des Abductionsgebietes bis mindestens 90°. Dies muss mit aller Gründlichkeit vor der eigentlichen Reposition ausgeführt werden. Die Herabholung des Schenkelkopfes erfolgt durch Extension, welche manuell, bei stärkerer Verkürzung eventuell mit der Extensionsschraube ausgeführt wird, wobei aber grösste Schonung und Vorsicht empfohlen wird. Bei sehr unnachgiebigen Verkürzungen pflegt L. die Kniekehlensehnen vorher zu tenotomiren und präparatorische Extensionsbehandlung einzuleiten, ehe er zur Reposition schreitet. Die Erweiterung des Abductionsgebietes geschieht durch subcutane Zerreissung der Adductoren. Ohne Ausschaltung derselben ist jener Abductionsgrad, welcher die Einrenkung über den hinteren Pfannenrand erfordert, überhaupt nicht erzielbar. Und wären in dem einen oder anderen Falle die Adductoren schon dehnbar genug, so sollen sie doch, zur Vermeidung der Spannungsschmerzen, bis zur Zerreissung gedehnt werden. Dagegen ist der Tenotomie der Adductoren zu widerrathen.

Die Technik der eigentlichen Operation ist im Allgemeinen ziemlich unverändert geblieben. L. hat die Einrenkung über den hinteren Pfannenrand beibehalten, weil dieser Rand günstigere Chancen für die Retention bietet und weil das Gelingen der Reposition hiebei durch die physikalischen Phänomene des Einrenkungsgeräusches und der Einrenkungserschütterung unzweifelhaft gemacht wird. Und es darf keinen Zweifel darüber geben, ob die Reposition gelungen ist oder nicht. „Dafür muss man seine Hand ins Feuer legen können. Wer zweifelt, darf dessen sicher sein, dass er nicht reüssirt hat.“ Der zweite Theil der therapeutischen Aufgabe besteht in der Stabilisirung der neu geschaffenen Verhältnisse. Die normalen äusseren Formen sind sofort damit hergestellt, wenn der Schenkelkopf in die Pfanne, resp. auf die Pfanne gesetzt wird. Aber sie sind zunächst labil. Die Ausgestaltung der rudimentären, alten Pfanne, resp. die Neubildung eines Pfannensurrogates an der vorderen Beckenwand muss erst geschaffen werden durch die ununterbrochene Druckwirkung, welche der reponirte Schenkelkopf sowohl unter dem Einflusse der Muskelspannung, als auch der functionellen Belastung gegen seinen neuen Lagerungsplatz ausübt.

Deshalb soll der Verband in einer solchen primären Stellung des Oberschenkels angelegt werden, bei welcher eine Reluxation

nach hinten zur mechanischen Unmöglichkeit wird — es wird dies erreicht, wenn man den eingerenkten Oberschenkel in stark abducirter, leicht überstreckter und mässig aussenrotirter Stellung fixirt. Der Grad namentlich der Aussenrotation wechselt je nach dem Falle.

Während der extremen primären Stellung, welche durch den Gipsverband gewöhnlich 4—5 Monate festgehalten wird, erfolgt die Stabilitätszunahme der Reposition zweifellos in erster Linie durch die trophische Schrumpfung der im Scheitel des Einstellungswinkel gelegenen, pelvitrochanteren Weichtheile. Nun beginnt man mit etappenweiser Stellungscorrectur mittelst weiterer Fixationsverbände. Im Allgemeinen nimmt die strenge Fixationsbehandlung etwa die Dauer von neun Monaten in Anspruch, kann aber sehr häufig schon während der letzten drei Monate durch Anwendung abnehmbarer Fixationshülsen eine Erleichterung erfahren.

Das therapeutische Problem der angeborenen Hüftgelenksverrenkung besteht darin, die fibrös musculäre Suspension des Beckens an dem Schenkelkopfe in eine knöcherne Unterstützung des Beckens durch den Schenkelkopf zu verwandeln. Dieser Anforderung ist auch dann noch Genüge geleistet, wenn der eingerenkte Schenkelkopf nicht concentrisch in der Pfanne ruht, sondern sich an der vorderen Beckenfläche etwas nach oben verschoben hat. Die Hauptbedingung des Erfolges bleibt, dass das Becken an seiner Vorderfläche eine unnachgiebige knöcherne Unterstützung durch den eingerenkten Schenkelkopf finde.

Die Behandlung der doppelseitigen Verrenkung ist ungleich schwieriger als die der einfachen, hat aber einen imposanten kosmetischen Effect. Die hässliche Deformität des Hängebauches, die tiefgesattelte Lende, das unschön vorspringende Gesäss, die Beugehaltung der Hüft- und Kniegelenke, kurz die ganze Zickzackcaricatur der Gestalt ist wie mit einem Schlage verschwunden, und die Körperhöhe hat um ein Bedeutendes zugenommen. Die Ausdauer und die Kosmetik des Ganges werden erst auf dem Wege der Muskelrestitution allmälig errungen, aber dies ist keine Frage an sich, sondern nur die Frage der Zeit und der Uebung. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 3—6, 1899.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Die Lehre von der puerperalen Eklampsie in ihrer gegenwärtigen Gestalt. Von Dr. S. Flatau.

Die Eklampsie ist eine Autointoxication während des Fortpflanzungsprocesses, die plötzlich zum Ausbruch kommt und eine gesteigerte Erregbarkeit der Krampfcentren zur wichtigsten und auffälligsten Begleiterscheinung hat. Die Autointoxication begünstigt Störungen des N-Stoffwechsels, als dessen Zeichen Kreatin, Kreatinin, Leukomaine und Globuline im Blut erscheinen können.

Therapeutisch ist die Prophylaxis sehr wichtig. Regelmässige Harnuntersuchungen auf Eiweiss, sowie Achtung auf Oedeme während der Schwangerschaft erscheinen dringend geboten. Bei den geringsten Anzeichen ist Milchdiät zu verordnen, für regelmässigen Stuhl zu sorgen, die Diurese anzufachen. Eine künstliche Unterbrechung der Gravidität ist nur selten angezeigt.

Beim Ausbruch der Eklampsie, in welcher Epoche immer, sind Ruhe und Verhütung von Selbstverletzungen, besonders der Zunge das Höchstwichtige. Man soll bei bewusstlosen Kranken keine Medicamente per os geben wegen Gefahr einer Schluckpneumonie; daher ist der Kopf der Kranken auch seitwärts zu neigen.

Während der Anfälle hat man die Elimination der Gifte anzuregen und zu beschleunigen, dann die Zahl und Intensität der Anfälle zu beschränken oder zu unterdrücken.

Das geeignetste Mittel hiezu ist eine entsprechende Hydrotherapie: Packungen (wobei jedes Bein für sich zu wickeln ist, um eine gynäkologische Untersuchung stets ausführen zu können), heisse Bäder, von 38—45° C. ansteigend, hierauf Einhüllen des Körpers in erwärmte Wolldecken durch 2—3 Stunden. Gegen den Durst gewährt man Selters-, Giesshüblerwasser oder mit Pflanzensäuren angesäuertes Wasser. Zur Anregung der Diurese eignet sich Kalium aceticum mit Digitalis, ein Wärmschlauch auf die Nierengegend; dagegen ist subcutane Injection von Pilocarpin gefährlich.

Neuerer Zeit wird wieder der Aderlass sehr empfohlen, bis 500 cm³ aus den Venen des Vorderarmes.

Zur Bekämpfung der Anfälle dienen die Narcotica, subcutane Injection von Morphium, Chloralhydrat in Klysmen;

ferner Chloroformnarkose. Von Morphium wird pro Dosi 0·03 g in wiederholten subcutanen Injectionen bis zur Gesammtmenge von 0·2 g binnen 4—7 Stunden, von Chloralhydrat in Klysmen bis zur täglichen Menge von 12 g zu steigen empfohlen. Andere Autoren haben von den Narcoticis keinen günstigen Einfluss auf die Eklampsie gesehen.

Zur Beschleunigung der Geburt dient die Erweiterung des Muttermundes durch Anwendung des Ballons von Charpentier. Eventuell kann man einige Einkerbungen in den Saum des Muttermundes ausführen: „so gross als nothwendig und so klein als möglich" (Zweifel). Die von Dührssen wieder neu belebte Methode der forcirten Entbindung mittelst tiefer Einschnitte eignet sich jedoch nicht für den Praktiker, die Blutungsgefahr ist zu gross.

Der Kaiserschnitt wegen Eklampsie gibt keine günstigen Resultate und könnte höchstens bei Sterbenden oder eben Verstorbenen in Betracht kommen. Alle operativen Eingriffe müssen in tiefer Narkose ausgeführt werden; Chloroform ist dem Aether vorzuziehen. — (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilk. u. Geburtsh. Bd. 3, H. 3.) H.

Die Pathogenese und Therapie der Dysmenorrhöe wegen Anteflexio uteri. Von Dr. Davenport.

Die Anteflexion ist eine Deformität des Uterus, die auf einem Stationärbleiben des fötalen Typus beruht. Der Uterus bleibt klein und weich und verursacht Störungen der Menstruation. Die Anteflexion betrifft nur das Collum oder das Corpus oder beide zugleich.

Die Dysmenorrhöe zeigt sich schon bei der ersten Menstruation und wird gewöhnlich mit zunehmendem Alter allmälig intensiver. Als Nebenerscheinungen kommen Nerven- und Kopfschmerzen vor. Die Schmerzen im Unterleib sind krampfartig, vom Typus der Wehen. Nach Ausstossung kleiner Blutcoagula tritt häufig eine vorübergehende Erleichterung ein. Bei heftigen Schmerzen sind die Mädchen gezwungen, das Bett zu hüten; darunter leidet das ganze Allgemeinbefinden.

In der Ehe erscheint das zweite charakteristische Merkmal der Anteflexion, das ist die Sterilität.

Die dysmenorrhoischen Schmerzen werden theils mechanisch durch die Knickung und den verhinderten Blutabfluss, theils durch die Schleimhautschwellung, welche eine Verengerung

besonders des inneren Muttermundes zur Folge hat, hervorgerufen. Das Os internum ist vom Hause aus schon etwas rigider und enger als im normalen Zustande. Die Nerven des Uterus sind reizbarer, hyperästhetisch, wie sich dies bei der Sondenuntersuchung zeigt.

Die gesteigerte Hyperämie im Verein mit den übrigen veranlassenden Momenten führt häufig zu einer Endometritis.

Die Behandlung muss einerseits die Durchgängigkeit des Gebärmuttercanals durch Aufrichten des Organs, Erweiterung der Cervix, begünstigen, anderseits die Ueberempfindlichkeit des inneren Muttermundes beheben. Die Discission führt nur in leichtesten Fällen zur Besserung.

Der Collumcanal soll durch längere Zeit dilatirt werden, nicht brüsk, sondern allmälig. Dies geschieht zuerst durch Einlegen von Stiften, später einer Abzugscanüle, die am äusseren Muttermund durch vier Silberdrahtnähte befestigt wird. Die Canüle belässt man in leichteren Fällen eine Woche lang und diese Zeit über bleibt die Kranke im Bette. Nach sechs Wochen, nach Ablauf der inzwischen eintretenden Menstruation, wird die in schweren Fällen so lange liegen gelassene Canüle entfernt. Mit diesen Vorschriften gelingt es auch in hochgradigen Fällen von Anteflexio mit Dysmenorrhöe Heilung zu erzielen. — (Gaz. hebdom. de méd. et de chir. Nr. 57, 1898.)

Eine neue Methode der Behandlung entzündlicher, namentlich exsudativer Beckenaffectionen mittels „Belastungslagerung“. Von Dr. L. Pincus.

Die Methode besteht in Folgendem: 1. Lagerung der Kranken mit dem Becken und den unteren Extremitäten auf einer schiefen Ebene, die sich am Tage um 20—30 cm, Nachts um 15—25 cm über die Horizontale erhebt. Man bewirkt dies durch das Unterschieben von Holzklötzen oder von Ziegelsteinen unter das Bettende in der ärmeren Praxis, auf der Klinik oder bei Wohlhabenderen durch eigene keilförmige Matratzen. Auf diese Weise wird der Abfluss des Blutes aus den Unterleibsorganen erleichtert.

2. Einwicklung der unteren Extremitäten mit Tricotschlauch oder mit Japaner Picotbinden, die täglich zu wechseln sind.

3. Compression von der Scheide (Rectum) aus einer- und der Bauchdecken anderseits, am besten gleichzeitig von beiden

Richtungen her. Die Compression kann eine dauernde oder intermittirende sein. Im acuten Stadium darf sie nur angewendet werden, wenn unter gleichzeitiger Hochlagerung von Becken und unteren Extremitäten Fieber und Schmerzen, sei es auch nur vorübergehend, verringert werden. Im chronischen Stadium kann sie dagegen permanent angewendet werden, vorausgesetzt, dass nicht Schmerzen oder Temperatursteigerung auftreten.

Frische puerperale Exsudate werden demnach behandelt: mit intermittirender Belastungslagerung, Eisblase, d. h. Eis und Wasser zusammen von 2·5—5 kg Gewicht auf das Abdomen, innerlich Opium.

Bei Nachlass der acuten peritonitischen Reizerscheinungen wird das Opium weggelassen, dafür kommt Priessnitzumschlag oder feuchter Töpferthon oder ein Schrotsack auf den Bauch, wieder intermittirend oder permanent; zugleich werden heisse, vaginale Injectionen vorgenommen.

Schrotsäcke werden erst dann in die Scheide eingeführt bei Lagerung der Kranken auf dem Planum inclinatum, wenn nach den heissen Vaginalinjectionen keine febrilen Temperatursteigerungen vorkommen. Im günstigsten Falle kann die Kranke am 6. bis 7. Tage das Bett verlassen, dann wickelt man prophylaktisch den Unterleib mit einer Gummibinde ein.

In die Scheide legt man einen sorgfältig desinficirten Kolpeurynter ein, den man nach 2—3 Tagen durch ein Gariel'sches Luftpessar ersetzt. Nachts wird die elastische Binde abgenommen und die Kranke auf das Planum inclinatum gelagert. Auch Tags über ist diese Lagerung auf einige Stunden anzuordnen.

Wird der Kolpeurynter und das Luftpessar nicht vertragen, so wendet man die Columnisation der Vagina an: antiphlogistische Staffeltamponade der Scheide. Die Tamponade schliesst man nach aussen zu mit nicht entfetteter Baumwolle ab. Die Tamponade wechselt man in 4—8 Tagen.

Bei entzündlichen Affectionen der Adnexe, speciell der Tuben, ist die Staffeltamponade nur dann anzuwenden, wenn ihre Application keinen Schmerz verursacht. Moorbäder, Massage, insbesondere eine regelrechte Mastcur sind nebstbei mit Vortheil anzuwenden. Letztere verhindert den Schwund des Fettes im Becken, wodurch namentlich die Douglas'schen Falten erschlaffen würden. Endlich ist auch eine Athmungsgymnastik durchzuführen.

Ist trotz dieser therapeutischen Massregeln ein fortschreitendes Schwächerwerden zu beobachten, so deutet dies auf die Anwesenheit von Eiter. Beckenabscesse erfordern eine chirurgische Behandlung. — (Centralbl. f. Gynäk. Nr. 12, 1899.) H.

Dermatologie und Syphilis.

Beiträge zur Abortivbehandlung der Bubonen. Von Dr. L. Wälsch.

Es handelt sich bei dieser Methode darum, die im Entstehen begriffenen venerischen Bubonen ohne operativen Eingriff, sondern durch eine relativ einfache Behandlung zum Schwinden zu bringen. Diese abortive Methode besteht darin, mittels feiner Canülen eine Arznei in das Drüsenparenchym hineinzuspritzen, eventuell den schon bestehenden Drüsenabscess zu punctiren, den Eiter und die flüssigen Entzündungsproducte abfliessen zu lassen und dann das Medicament einzuspritzen. Nach einer Weile kann auch das Medicament abfliessen oder je nach dem Arzneistoffe kann ein Theil desselben in der Abscesshöhle bleiben. Hierauf kommt auf das kranke Territorium ein feuchter oder ein trockener Verband. Die einzuspritzenden Stoffe sind entweder starke Antiseptica, die zugleich secretionshemmend sind, oder es sind Körper, welche das Drüsengewebe rasch zum Schmelzen bringen. Solche Substanzen sind Carbolsäure, Sublimat, Lapislösungen, Hydrargyr. benzoicum, Terpentinöl und Jodoformemulsionen. Es scheint, dass nicht das incorporirte Medicament die Heilwirkung ausübt, sondern die injicirte Flüssigkeit als solche, also das Vehikel. Und so versuchte W. in einer grossen Reihe von Fällen sterilisirte physiologische Kochsalzlösung einzuspritzen, und der Erfolg war ein guter. Es wurden 25 Fälle mit 27 Bubonen dieser Behandlung unterzogen. Davon heilten 20 innerhalb 15·4 Tagen; 5 Fälle kamen zu Operation. — (Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 42, H. 3.)

Horovitz.

Ueber Nebenwirkungen bei intramusculären Injectionen von Hydrargyrum salicylicum. Von Dr. C. Grouven.

Von 1893—1897 wurden in der Bonner dermatologischen Klinik 4805 Injectionen von Hydrargyrum salicylicum bei 644 Patienten angewendet. Im Gebrauche stand eine 10%ige Suspension des Mittels in Paraffinum liquidum. Die Injectionsmenge betrug 0·06 – 0·1 pro Injection in 3—7tägigen Intervallen. Stets wurde

intramusculär in die Nates injicirt. Von störenden Nebenerscheinungen wurden beobachtet: Stomatitis, Enteritis, Fieber, Mattigkeit, länger dauernde Schmerzen an der Injectionsstelle ohne objectiven Befund, stärkere Infiltrate an der Injectionsstelle, nervöse Erscheinungen und Complicationen von Seite der Lungen. Bei vielen dieser Erscheinungen musste die Injectionstherapie ganz abgebrochen und erst nach Ablauf der Complication durch die Einreibungscur ersetzt werden. Nach circa fünf Injectionen trat heftige Stomatitis und Enteritis ein. Um Lungenembolien zu vermeiden, wurde zuerst die Canüle eingestochen und darauf geachtet, ob Blut aus derselben zu Tage kam, d. i. ob sie in einer Vene stecke oder nicht. Vf. hält die intramusculäre Injectionsmethode für besser, als subcutan zu injiciren. — (Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 42, H. 3.) Horovitz.

Reizerscheinungen beim Gebrauche von Airolpulver. Von Dr. Spiegel.

Die Behauptung, dass Airol die Haut nicht reize, ist nicht richtig, da S. in zwei Fällen (Ulc. molle und Panaritium) eine mit Blasenbildung einhergehende Dermatitis nach Gebrauch von Airol beobachten konnte. Jod war im Harne nicht nachzuweisen. Nach sofortiger Sistirung des Airolgebrauches ging die Dermatitis zurück, um nach drei Tagen ganz zu heilen. — (Monatsschr. f. prakt. Dermat. Nr. 12, 1898.) Horovitz.

Ueber Behandlung des Ulcus molle mit Hitzebestrahlung (Andry). Von Dr. R. Krösing.

Schon alte Erfahrungen lehrten, dass hohe Temperaturen das Virus des Ulcus molle zerstören und die mit solchem Eiter vorgenommenen Impfungen nicht haften. Daraus ist zu verstehen, warum auch auf hochfiebernde Menschen das Virus nicht übertragbar ist, und dass von hohem Fieber befallene Kranke ein Ulcus molle sehr rasch abheilen lassen. Auf diesem Gedanken basirt die von Welander eingeführte Therapie der Wärmebehandlung des weichen Geschwüres. Welander lässt durch Röhren etwa 50° warmes Wasser circuliren und adaptirt diese Röhren genau den kranken Stellen, so dass das Geschwür permanent einer hohen Temperatur ausgesetzt ist. Allein diese Therapie verlangt ein fortwährendes Verweilen im Bette und eine sehr genau functionirende Vorrichtung. Sie ist daher nur für die Spitalspraxis nützlich. Um die Wärmewirkung auch für die ambulante Praxis zu verwerthen, hat A. die Wärmebestrahlung des Thermokauters eingeführt und

erfolgreich angewandt. Der zur Weissgluth erhitzte Thermokauter wird nahe an das Geschwür gebracht — nach Reinigung und Desinfection des Geschwüres — und 15 Secunden belassen. Diese Methode erprobte K. und lobt sie als sehr brauchbar. Das Geschwür heilt dann schnell unter Pulververbänden. Auch sollen die Bubonen vermieden werden. — (Festschr. f. F. J. Pick., I. Th.)

Horovitz.

Die Behandlung von Haut- und Schleimhautneubildungen mit Galvanokaustik und Elektrolyse. Von Dr. Alex. Skene.

Für vasculäre Tumoren, wo es auf Erhaltung der deckenden Haut ankommt, kommt die Elektrolyse in Betracht; es bedarf dazu starker Ströme. Die Nadelstiche müssen mit Collodium bedeckt werden, um Infection zu verhüten. Das beste Mittel zur Zerstörung von Haut- und Schleimhauttumoren ist die Galvanokaustik. Der Brenner soll kalt eingeführt und erst später erhitzt werden; man darf nicht zu tief eindringen. Bei vasculären Geschwülsten beginne man im Centrum; bei Naevis und Epitheliomen vom Rande her. Cocaïn kann die Schmerzen stillen. Nach etwa acht Tagen fällt der Schorf ab, und, wenn nothwendig, kann eine kleine Nachoperation vorgenommen werden. — (Nach Monatsh. f. prakt. Dermat. Decemb. 1898.)

Horovitz.

Die Behandlung der weiblichen Gonorrhöe. Von Dr. L. Fürst.

Aus praktischen Gründen kann man die gonorrhoischen Affectionen des weiblichen Geschlechtsapparates in zwei Gruppen trennen, deren jede in Charakter und Prognose verschieden ist und eine andere Behandlung erfordert; in ein unteres und ein oberes Gebiet. Die Grenze beider ist der äussere Muttermund. In die untere Gruppe gehört der Tripper des Orificium uteri externi, die seltene Colpitis, die Vulvitis, Bartholinitis und Urethritis gonorrhoica. In die obere Gruppe gehört die Gonorrhöe der Cervicalhöhle, des Endometriums, der Tuben und des anruhenden Bauchfelles. Ein Aufsteigen der Krankheit von unten nach oben durch den Bacterientransport ist nicht so selten. Die erste therapeutische Bedingung ist, dieses Aufsteigen in die Uterushöhle und das Sichfestsetzen im Epithel des Uterus zu verhindern; daher soll bei jeder Cervicalgonorrhöe auch das Endometrium mitbehandelt werden. Die Uterushöhle ist überhaupt ein Schlupfwinkel der Gonokokken. Die frühere instrumentelle Behandlung hat mehr geschadet als genützt; erst das Protargol hat uns in den Stand gesetzt, das Cavum uteri mitzubehandeln; so dass wir mit der wässerigen

Lösung des Protargols das Cavum uteri von oben nach unten durchspülen und den ganzen Process in dieser Richtung bekämpfen können. Am 4.—5. Tage nach der Menstruation setzt die Behandlung ein. Desinfection der Vulva und Vagina, hierauf vorsichtiges Herabziehen des in der Portio vaginalis gefassten Uterus; wenn nothwendig, Dilatation des Orificium. Einführung eines Glaskatheters und Durchspülung mit sterilisirtem lauen Wasser, um Schleim, Eiter und Bacterien wegzuschwemmen; hierauf prolongirte Durchspülung mit $^1/_2$%iger lauer, steriler Protargollösung. Wird diese Spülung ohne Reaction gut vertragen, dann kann noch in derselben Sitzung eine zweite Spülung mit 1%iger Lösung nachgesandt werden. Etwa 2 Liter lässt man durchlaufen. Abtupfen und Einlegen eines 5%igen kurzen Noffke'schen Schmelzstäbchens in die Cervicalhöhle und Fixation durch Wattetampon; etwa in einer Viertelstunde ist das Stäbchen geschmolzen. Die Kranke bleibt zu Bette. Nach 24 Stunden abermals Berieselung mit immer stärkeren Lösungen durch etwa 5—7 Tage. Man steigt bis zu 2·5%igen Lösungen und 10%igen Schmelzstäbchen. In der zweiten Woche wird diese Cur fortgesetzt, nur werden schwächere Lösungen genommen, auch gelangen jetzt adstringirende Stoffe zur Verwendung. In der dritten Woche werden nur Adstringentien angewendet. Nach der dritten Woche müssen die Kranken sich selbst Irrigationen mit Holzessig und Carbol machen. Coitus hat auch nach der Cur eine Zeit lang zu unterbleiben. Erosionen, Risse u. s. w. sind zur Ueberhäutung zu bringen. Die Gonorrhöe des Mannes ist zu behandeln. Scheidentripper ist selten und gewöhnlich im unteren Abschnitt der Vagina localisirt. Vulvitis, Urethritis und Bartholinitis gonorrhoica sind durch gründliche Protargolwaschungen, Berieselungen und Auswischungen zu beheben. — (Therap. Monatsh. April 1898.) Horovitz.

Ueber die Anwendung der Arzneigelatine bei der Behandlung der pruriginösen Dermatosen. Von Dr. G. Thibierge.

Fast alle mit Jucken einhergehenden Dermatosen laden zum Kratzen ein und so kommt es, dass diese Affectionen stets mit Kratzeffecten und Hautinfiltrationen verbunden sind. Die gestörte Nachtruhe infolge des Juckens und die daraus resultirenden Consequenzen machen es zu einem sehr dringlichen Gebote, das Kratzen, resp. Jucken so schnell als möglich zu beseitigen. Als ein solches Mittel lobt Th. die Bestreichung der Haut mit Gelatine. Diese Gelatine muss leicht zu appliciren und

zu entfernen sein; sie darf den Kleidern nicht anhaften, sich von der Haut nicht zu schnell abblättern und die Hautperspiration nicht unterdrücken. Die von Th. erprobte Gelatine wird nach dem beifolgenden Recepte dargestellt: Rp. Gelatinae 150·00 g. Grénétine 100·00 g, Gummi arab. 50·00 g, Glycerin, gekochtes Wasser āā 300·00 g, Zinkoxyd 100·00 g, Phenosalyl 2·00 g. Der mit diesem Mittel hergestellte Ueberzug kann 8—10 Tage selbst zur heissen Jahreszeit haften. Nach acht Tagen ist es stets angezeigt, den Ueberzug zu entfernen. Die Application geschieht so: Nachdem der Kranke ein Reinigungsbad genommen, wird die Gelatine in warmem Wasser aufgelöst und mit breitem Pinsel in 2—3 Lagen auf die kranken Stellen aufgepinselt. Um ein rasches Eintrocknen zu erzielen, wird die bestrichene Stelle mit Watte gepeitscht, wodurch eine Menge Fäden auf der Gelatine haften bleiben und auch festeres Gefüge dem Ueberzuge verliehen wird. Ein warmes Bad und eine warme Waschung bringt den Ueberzug ganz weg. Sofort nach Application der Gelatine entsteht ein Kältegefühl, welches manchmal ganz intensiv ist und das Jucken hört auch auf. Dieses ab und zu zu beobachtende Kältegefühl ist das einzige unangenehme Moment in der Gelatinetherapie. Es stiftet sonst keinen Schaden, da die Hautthätigkeit nicht im Geringsten unterdrückt wird, wie etwa bei gefirnissten Hunden. Nierenaffectionen sind ebensowenig Contraindication, wie Leberleiden; ja man kann die aus diesen Zuständen hervorgehenden Juckzustände ruhig der Gelatinebehandlung unterziehen. Hauptindication ist Prurigo, wobei nicht allein das Jucken, sondern auch die Hautinfiltrate zurückgehen. Contraindicirt sind offene nässende Stellen. — (Festschr. f. F. J. Pick., II. Th.) Horovitz.

Der elektrische Mikroheissluftkauter. Von Dr. E. Holländer.

Der eigentliche Zweck dieses Instrumentes ist, eine contactlose Kauterisation zu bewirken; es steht im Gegensatze zu den Contactkauteren. Der Apparat ist leicht zu bedienen, handlich und daher für kleine Eingriffe in der Sprechstunde geeignet. Er soll sich sehr gut bei Lupus vulgaris (kleine Herde), Angiomen, phagedänischen Geschwüren und bei hartnäckigen mykotischen Hautaffectionen bewährt haben. Eine Röhre, die die elektrischen Zuleitungsschnüre führt, tritt an einen Thoncylinder heran, der mit einer Platinspirale umwunden ist. Wird die Spirale zum Glühen gebracht, so erhitzt sich auch der Cylinder. Ueber diesen elektrischen Ofen lässt sich ein, je nach Bedarf verschieden

geformter, spitz zulaufender Silberansatz stülpen. Durch ein Gebläse wird die Luft durch den Apparat getrieben, die an der Spitze bei einer Temperatur von 300° entweicht. — (Dermat. Zeitschr. H. 2, 1889.) Horovitz.

Kinderheilkunde.

Uebergang von Thyroidextract durch die Milch der säugenden Mutter auf den Säugling. Von Dr. Byrom Bramwell.

Eine säugende Frau, mit Morb. Basedowii behaftet, erhielt täglich zwei Tabletten von je fünf englischen Granes. Die ersten Vergiftungserscheinungen äusserten sich in Form profuser nächtlicher Schweisse, dabei sah das Kind schlechter aus, war schlaflos und erbrach. Als der Thyroidextract bei der Mutter 5 Tage lang sistirt worden war, verschwanden alle diese Erscheinungen. Dieser Ablauf der Erscheinungen wiederholte sich dreimal und hörte definitiv auf, als das Kind entwöhnt worden war.

Es war also die Annahme berechtigt, dass der Thyroidextract dem Kinde durch die Milch der Mutter zugekommen war.

Die Mittheilung hat kein bloss theoretisches, sondern ein wesentlich praktisches Interesse. — (The Lancet. Nr. 394, 1899.)

Ueber die Leistungen des Orexinum tann. bei der Bekämpfung der Anorexie im Kindesalter. Von Dr. F. Siegert.

S. sieht sich veranlasst, auf Grund eigener Erfahrungen den mehrfach behaupteten Werth des Orexinum tann. als ausgezeichnetes Mittel gegen Anorexie im Kindesalter neuerdings nachdrücklich hervorzuheben, um die Anwendung eines wirksamen, bisher aber nicht genügend verbreiteten Medicamentes zu fördern.

Misserfolge hat S. nur gehabt in Fällen, in welchen die Resorption im Magendarmtractus durch venöse Stauung vom Herzen her oder durch erschwerten Lymphabfluss bei Tabes mesaraica behindert ist und bei central bedingten Anorexien (Hirntumoren). Die Erfahrungen S.' wurden auf der Strassburger Kinderklinik gemacht. Nothwendig ist es, das Medicament regelmässig und lange genug zu verabreichen, zweimal täglich 0·25–0·5, 1—2 Stunden vor der Mahlzeit und wenigstens 5—10 Tage lang, ehe man einen Misserfolg constatiren will. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 20, 1899.)

Vaccina generalisata. Von Prof. Dr. Al. Haslund.

Als feststehend wird angenommen, dass die Krankheit Vaccina eine durch Ueberführung auf Thiere gemilderte und abgeänderte Form der echten Variola ist. H. lässt aber auch keinen Zweifel aufkommen über die Existenz der Variola generalisata, deren Efflorescenzen absolut den Vaccineefflorescenzen ähnlich sehen, denselben klinischen Verlauf haben und nach den Angaben französischer Autoren auch inoculabel sind und verimpft wieder eine inoculable Lymphe liefern.

Die Vacc. gen. tritt unter Fieberbewegung auf, gleichzeitig mit oder bald nach dem Auftreten der überimpften Blasen, die Eruption kann sich auf mehrere Tage erstrecken, so dass man dann Blasen von verschiedenen Entwicklungsstadien vor sich haben kann und auch die neuen Eruptionen können von Fieber begleitet sein, ein Theil der Blasen kann abortiv zu Grunde gehen. Erklärt wird die Vacc. gen. durch Autointoxication (Kratzen) oder durch Verbreitung des Giftes durch das Blut wie bei der Variola, H. ist geneigt, die zweite Erklärung als allgemein giltig zu acceptiren und die erste nur als ausnahmsweise vorkommend anzuerkennen. Die von ihm selbst beobachteten Fälle gehörten alle der ersten Gruppe an. Dasselbe gilt aber auch für die meisten in der Literatur verzeichneten und gut beschriebenen Fälle.

Er verficht die gegentheilige Ansicht Wellerer's, der die Vacc. gen. ausnahmslos als Autointoxication erklärt, weil es unrichtig ist, dass bei allen veröffentlichten Fällen vor der Impfung eine juckende Hautkrankheit vorhanden gewesen war und weil man ausserdem in solchen Fällen in Erwägung zu ziehen hat, dass die betreffende Haut immer weniger resistent, also für eine Eruption disponirter ist.

Es sei auch unrichtig, dass man immer an den Impfstellen Kratzeffecte, und dass man an solchen Stellen keine Efflorescenzen sieht, wo sich das Individuum nicht kratzen kann, es liegt auch kein Beweis gegen die Allgemeininfection in dem Umstande, dass die Eruption in gesonderten Nachschüben erfolgt, weil man dasselbe bei den verschiedensten Eruptionen in gleicher Weise beobachtet.

Bei jungen Pferden sieht man das Auftreten von Vacc. gen. recht häufig, wenn man subcutan geimpft hat, besonders aber wenn man die Vaccine in eine Vene oder in ein Lymphgefäss

eingespritzt hat und, wie Chauveau angibt, erfolgt die Eruption nie früher als am achten Tage.

Chauveau fand auch Auftreten von Vacc. gen. bei Pferden, denen er 24 Stunden nach der Einimpfung in die Haut die Hautstelle excidirt hatte, wodurch man eben die Immunisirung durch die locale Impfung verhindert. Man wird auch für die Vacc. gen. beim Menschen annehmen können, dass in solchen Fällen eine Verspätung des Eintritts der Immunität eine Rolle spiele.

Ueber die Häufigkeit des Vorkommens der Vaccina generalisata lässt sich nichts Sicheres aussagen, weil viele Fälle nicht berichtet und verkannt werden, wahrscheinlich ist, dass in einzelnen Fällen Uebertragungen auf gesunde, nicht vaccinirte, mit Continuitätsläsionen der Haut behaftete Individuen zu Stande gekommen sind.

Nach Forschungen, welche in der königl. Vaccinationsanstalt zu Kopenhagen gepflogen wurden, haben sich unter 310.000 Vaccinationen 6 Fälle ergeben. Chauveau gibt an, er habe unter 600.000—800.000 Vaccinationen die Generalisirung 6—8 mal constatirt; die Prognose ist in der Regel eine gute, es liegen aber in der Literatur auch einzelne Berichte über Todesfälle vor. — (Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 48, H. 4.)

Ueber Localisation der Psoriasis auf Impfnarben. Von Dr. Bettmann.

Ein zwölf Jahre alter Knabe wird mit der Aussage vorgestellt, eine Hautkrankheit durch die Vaccination erworben zu haben.

Er hatte einige Wochen nach derselben an den Impfstellen eine „Flechte“ bekommen, die sich von da aus auf andere Hautstellen ausbreitete.

Bei der ersten Vorstellung zeigt der Knabe eine mässige Psoriasis und am linken Arme vier so angeordnete Efflorescenzen, dass theilweise eine Beziehung zu den Impfnarben zu erkennen ist.

Psoriasis ist sonst in der Familie nicht vorgekommen. Die wirkliche und eigentliche Beziehung der Psoriasis zur Impfung liegt darin, dass diese als Agent provocateur gewirkt hat, wie es ja bekannt ist, dass gelegentlich mechanische, thermische und chemische Reize solche Eruptionen auslösen können. — (Münchner med. Wochenschr. Nr. 15, 1899.)

Ueber Ernährung von Säuglingen mit der neuen Backhausmilch (Trypsinmilch). Von Fr. Birringer.

Das Princip der Backhausmilch beruht darauf, aus frischer Milch durch Zusatz von Labferment eine eiweissreiche Molke zu bereiten, diese im Vacuum unter vermindertem Drucke auf $^1/_5$ einzuengen und dann eine entsprechende Menge von Rahm zuzufügen.

Nach mehrfachen Versuchen kam Backhaus zu dem Resultate, dass man durch combinirte Behandlung der Milch mit Lab und Trypsin und Beifügung von 0·5% kohlens. Natron den Gehalt der Molke an löslichem Eiweiss von 0·77% auf 1·38% erhöhen kann und bei einer auf 30 Minuten beschränkten Einwirkung auf 1·25% mit relativ kleinen Trypsinmengen.

Für die Verwendung in der Praxis brachte Backhaus Trypsin und Lab mit dem Alkali zum Verkauf, liess dasselbe zur Bereitung der Molke mit 1·25% löslichem Eisweiss verwenden, gab dann 3·5% Fett und $^1/_2$% Caseïn hinzu und brachte sie dann in Portionflaschen sterilisirt in den Handel.

Diese Mischung nannte Backhaus: Sorte I, bestimmt für Säuglinge im ersten Halbjahre oder für magenschwache ältere Kinder oder nach dem Entwöhnen.

Sorte II, in ihrer chemischen Zusammensetzung den in den Handel gebrachten Fettmilcharten gleich, ist bestimmt für Kinder im zweiten Halbjahre und für Magenleidende, und endlich Sorte III unter besonderen Cautelen gewonnene Vollmilch, bestimmt für Kinder nach dem ersten Lebensjahre.

Mit der Backhausmilch, welche von der chemischen Fabrik „Rhenania“ zu Aachen in den Handel gebracht wird, wurden an der Bonner Kinderklinik an Ambulanten und an einer geringen Zahl von Kindern an der geburtshilflichen Klinik Versuche gemacht.

Die Versuche an sechs gesunden, lebenskräftigen Säuglingen ergaben das Resultat, dass die Milch gerne genommen, gut vertragen und dass dabei ganz gute Gewichtszunahmen erzielt wurden.

Die Betrachtungen an vier früh geborenen und lebensschwachen Kindern fielen gleichfalls recht befriedigend aus, und zwar in einem Falle unter sehr schwierigen Verhältnissen sogar überraschend günstig.

Bei Säuglingen mit schweren Ernährungsstörungen, ausgesprochener Dyspepsie, hatte sich die Backhausmilch gleichfalls gut bewährt und bei drei älteren Kindern, welche schlecht genährt,

krank, atrophisch, rhachitisch waren, bei welchen schon seit längerer Zeit Störungen der Verdauung bestanden hatten, trat bald nach der Darreichung der Backhausmilch in jeder Beziehung eine erhebliche Besserung ein.

Auch als Beinahrung bei Muttermilch bewährte sich die Backhausmilch durchaus.

B. hält sich auf Grund seiner Beobachtungen für berechtigt, die Backhausmilch als ein werthvolles Ersatzmittel der Frauenmilch zu erklären.

Das Bedenken, das er aber anknüpft, bezieht sich auf die recht complicirte Herstellungsmethode, welche der Ausbreitung dieses Nährmittels grosse Schwierigkeiten bereite.

Es ist nicht gut zu erwarten, dass das Verfahren in Molkereien und auf Landgütern gut und gewissenhaft durchgeführt werden könnte. — (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 4, H. 4.)

Ueber Euchinin gegen Keuchhusten. Von Dr. Cassel.

Das Euchinin von Zimmer & Co. in Frankfurt a. M., ohne den schlechten Geschmack und die üblen Nebenwirkungen des Chinins, wurde bei 15 Fällen von Tussis convulsiva von Noorden angewendet, wobei 1·0 Chinin gleichwerthig mit 1·5—2·0 Euchinin angesehen wurde.

Der Erfolg war zwölfmal sehr gut und rasch, einmal unbefriedigend, zweimal negativ.

C. stellte Nachprüfungen mit Euchinin an der Heubner-schen Klinik an, u. zw. an 18 Fällen, welche entsprechend beobachtet werden konnten.

Gegeben wurde 0·5—1·0 pro die und, in Milch oder Zuckerwasser verrührt, auch anstandslos genommen und vertragen.

Bei 12 fieberlos verlaufenden Fällen hat sich ein unverkennbar günstiger Einfluss ergeben, steiler Abfall der Zahl und auch der Heftigkeit der Anfälle, Abnahme des Erbrechens und der Krankheitsdauer, die letztere betrug, bei 5 in der zweiten Krankheitswoche in Behandlung getretenen Fällen 4—6, bei 4 in der 3. Woche in Behandlung getretenen $4^1/_2$—7 Wochen.

Bei 6 fieberhaft complicirten Fällen ergaben die Prüfungen über den Einfluss des Euchinins kein klares Ergebniss. Ein Specificum gegen Keuchhusten ist auch das Euchinin nicht, es ist aber anzurathen, die Versuche mit dem Mittel fortzusetzen. — (Therap. Monatsh. Nr. 4, 1899.)

Hygiene und Krankenpflege.

Das Krankenzimmer. Von Dr. M. Eberson.

Die Beschaffenheit des Krankenzimmers, seine mehr oder weniger zweckmässige Einrichtung und Ausstattung, sind von immenser Bedeutung für den Verlauf und Ausgang einer Krankheit. Zur Herstellung eines Krankenzimmers wähle man das grösste im Hause, womöglich nach der Süd- oder Ostseite gelegen, mit gutem Lichte. Ist das Fenster des Zimmers nach einer frequenten gepflasterten Strasse gelegen und ein anderes Zimmer nicht zu beschaffen, so muss zur Dämpfung des Strassengeräusches eine dicke Schichte Stroh aufgeschüttet werden. Caeteris paribus ziehe man dem Frontzimmer ein nach dem Hofraum gelegenes, einem dunklen aber ein helles Zimmer vor.

Das Krankenzimmer soll in der Regel nur von Kranken allein eingenommen werden. Es dürfen also in demselben weder andere Personen schlafen, noch sich sonst zur Arbeit u. dgl. aufhalten. Es gilt dies insbesondere bei acuten Infectionskrankheiten. Das Nothwendigste von der Krankenzimmereinrichtung ist zu nennen: ein Bett für den Kranken, wenn möglich ein zweites zum Umlegen, ein Sopha für die pflegende Person; ausserdem ein kleines Tischchen oder Nachtkasten, ein grösserer Tisch, ein Lehnstuhl und einige Sessel. Von sonstigen Geräthen sind die wichtigsten: ein Messglas für Arzneien, eine Wasserflasche, ein grosser und ein kleiner Löffel, ein Spucknapf aus Glas und eine Leibschüssel. Ein Schreibzeug und Papier. Andere Einrichtungsgegenstände, insbesondere Teppiche, lichtdämpfende Vorhänge und Portièren, Nippsachen, Kleider und Wäsche, die nicht für den Kranken bestimmt sind, sind aus dem Zimmer fortzuschaffen.

Das Krankenbett stelle man mitten im Zimmer so auf, dass es von allen Seiten zugänglich ist und dass das Tageslicht linkerseits einfalle. Das Bett stehe in möglichst weiter Entfernung von der Wand und in eben solcher vom Fenster und der Thüre. Links neben dem Bette stelle man das Nachtkästchen auf, darauf die Spuckschale und andere Geräthe. Zu den Füssen des Bettes steht der Lehnstuhl. Nichts wirkt so erfrischend auf den Kranken, als das allseits freie Lager, für Arzt und Wärter nichts so praktisch, als wenn das Bett von allen Seiten zugänglich ist.

Für die Ventilation genügt im Winter meist die ventilatorische Eigenschaft des Ofens, im Sommer muss man zur Fensterventilation greifen. Man verfährt folgendermassen: In dem dem Krankenzimmer anstossenden Raume werden die Fenster geöffnet und circa zwei Stunden offen gehalten, während die Thüre des Krankenzimmers verschlossen bleibt. Nach Schliessung der Fenster wird die Thüre breit aufgemacht und der inzwischen angesammelten frischen Luft Einlass geschaffen. Im Sommer, bei warmem und sonnigem Wetter kann auch direct durch Oeffnen der Fenster im Krankenzimmer selbst ventilirt werden. In gewöhnlichen Fällen genügt, die Ventilation drei- bis viermal täglich und ein- bis zweimal in der Nacht vorzunehmen. In manchen Krankheitssymptomen: wie fötiden Absonderungen, Athemnoth etc. muss die Ventilation des Krankenzimmers eine continuirliche sein. Diese kann auf folgende Weise vorgenommen werden: Man öffnet den rechten äusseren Fensterflügel und schliesst den linken. Von den inneren Fensterflügeln schliesst man den rechten und lässt den linken offen stehen, so dass die Luft auf einem Umwege ins Zimmer hineinströmt, ohne Zug hervorzurufen. Ausser der Ventilation des Zimmers wird auch das Lager des Kranken zweimal im Tage der Einwirkung der frischen Luft ausgesetzt. Der Kranke wird zu diesem Behufe auf das zweite Bett gegeben, die Polster, Decke und Unterlage ins offene Fenster des Nebenraumes hineingelegt.

Die Reinigung des Zimmers geschieht nicht mit Besen und Staubwischer, sondern auf nassem Wege mit einem in Wasser eingetauchten Lappen. Dem Wasser kann etwas reine Carbolsäure hinzugesetzt werden. Nach der Reinigung wird im Zimmer Oleum Terebinthinae oder Oleum Pini mittelst Spray verstäubt.

Die Bekleidung des Kranken soll bloss in einem Leinenhemde bestehen. Die Bedeckung des Kranken bestehe aus einer Watte- oder Wolldecke mit Leintuch. Die Toilette des Kranken bestehe aus Waschung des Gesichtes und der Hände mit warmem Wasser, dem etwas Eau de Cologne zugesetzt wird, mittels Schwamm, der Spülung oder Auswischens des Mundes mit lauwarmer Lösung von Natrium chloratum, worauf dann bei Fiebernden die Lippen mit Oleum amygdalarum bestrichen werden. Täglicher Wäschewechsel. Bei langdauernden Kranken, speciell älteren Leuten, wird auch der Rücken und die Kreuzbeingegend, zur Verhütung von. Decubitus, mit Spiritus aromaticus eingerieben.

Ein Zimmer mit hellem Licht ist bei Kranken mit verringerter oder in einem gewissen Organe geschwächter Toleranz contraindicirt. Es regt die Kranken auf, raubt ihnen den Schlaf und ruft Unruhe, Herzklopfen hervor, weshalb es dort, wo Beruhigung des Kranken und Schlaf angestrebt wird, nicht angewendet werden darf. Hingegen wird es mit Vortheil verwendet, wo man die mächtig anregende Wirkung des Lichtes benöthigt, z. B. bei Reconvalescenten. Die Indicationen des hellen Lichtes im Krankenzimmer sind: Depressionszustände verschiedener Art, Somnolenz und Sopor, Morphiumvergiftungen, Lungenphthise und Asthma bronchiale oder cardiacum. Contraindicirt ist das helle Zimmer bei Infectionskrankheiten mit Fieber, Schlaflosigkeit, Erregungszuständen oder Krankheiten des Gehirns, der Nerven und des Herzens, Apoplexie, Migräne und manchen Augenkrankheiten entzündlichen Ursprungs.

Das matte Zimmer wird hergestellt, indem man die Fenster mit Leinenvorhängen bedeckt oder sie mit Kreidelösung bestreicht. Es wirkt beruhigend, schlafmachend und wohlthuend auf den Kranken. Es wird dort überall in Verwendung gezogen, wo die benannten Factoren angestrebt werden. Das dunkle Zimmer ist ein wichtiger Factor zurBehandlung vieler Augenkrankheiten, wie: Iritis, Irido-Cyclitis, Neuritis optica, Retinitis u. v. m., dann bei Erregungszuständen des Nervensystems und Schlaflosigkeit.

Die zweckmässigste Beleuchtung eines Krankenzimmers ist die mit Kerze oder elektrischer Lampe. Weder Gas, noch Oel oder Petroleum sind so reinlich und so wenig luftverderbend wie die Kerze. Das Licht wird durch entsprechendes Glas (am besten von mattweisser Farbe) gedämpft. Wegen des grösseren Verbrauches von Sauerstoff und Bildung von Kohlensäure durch die brennende Kerze ist die Luft in der Nacht öfter als bei Tage durch Ventilation zu erneuern.

Die auch bei Aerzten eingebürgerte Schablone, in jedem Falle die Zimmertemperatur auf 15° R. zu bestimmen, ist falsch. So wie das Licht, ist auch die strahlende Wärme ein Reizmittel des Nervensystems par excellence. Die Zimmertemperatur von 15° R. wird in vielen Fällen gut vertragen, jedoch in vielen Fällen ist sie zu hoch, resp. zu niedrig. Zu hoch ist sie bei Kranken mit Fiebertemperaturen von über 39·5° C., bei Störungen des Schlafes und erregter Herzaction nervöser Natur. Hier ist die Tempe-

ratur von circa 15° C. am Platze. Zu niedrig anderseits ist die Zimmertemperatur von 15° R. bei anämischen, leicht frierenden Personen und bei Krankheiten der Bronchien und der Lungen. Hier muss sie bis auf 18° R. erhöht werden. Gegen die Trockenheit der Luft, die speciell für Lungenkranke schädlich ist, wird durch Verdampfen oder Spray von Wasser angekämpft. Die Luftverunreinigung mit Verbrennungsstoffen lässt sich zum grossen Theile vermeiden, wenn man nur mit Holz heizt und den Ofen nie versperrt. Das Holz gelangt leichter und gänzlicher zur Verbrennung als Kohle oder Coaks.

Man wähle eine weibliche Wärterin aus. Zum Wärteramte gehört unerlässlich Schulung. Deshalb sind auch von der Wartung eines Kranken die Angehörigen desselben unbedingt auszuschliessen. Sie besitzen selten den nöthigen Muth, eventuell gute Miene zum bösen Spiel zu machen, regen den Kranken durch Weinen etc. zu sehr auf, so dass sie sogar ihre Krankenbesuche auf das nothwendigste Mass beschränken sollten. Zum stabilen Aufenthalte im Krankenzimmer eignen sie sich nicht. — (Zeitschr. f. Krankenpfl. Nr. 2, 1899.)

Kleine Mittheilungen.

Eine Methode zur Geschmacksdeckung öliger Medicamente. Von Dr. Emil Löwy. Man bringe in ein nach unten konisch zulaufendes Weinglas ca. 1 cm hoch Bier, dann die Dosis Ol. ricini und hierauf wieder 1 cm hoch Bierschaum. Das Oel schwimmt dann auf dem Biere, der Schaum auf dem Oele. Das Ganze wird leicht auf einen Zug getrunken und hinterlässt im Munde keinen anderen Geschmack, als den des Bieres. Man muss die geschilderte Manipulation genau einhalten, es darf das Volumen nicht durch ein cylindrisches oder kugelförmiges Glas unnütz vergrössert, auch darf das Ganze nicht etwa gerührt oder geschüttelt oder absatzweise getrunken werden. Eventuell mangelnden Bierschaum kann man bald erzeugen, indem man Bier mit Staubzucker versetzt rasch sprudeln lässt. Dieselbe Methode eignet sich auch behufs Geschmacksdeckung des Leberthranes und anderer Oele. — (Therap. Monatsh.; Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Der **Ichthyolmoor-Schlamm** wirkt, nach Dr. Hirschkorn, schmerzstillend und resorptionsbefördernd; er hat denselben mit

sehr günstigem Erfolge bei Rheumatismen, Arthritiden, Exsudationen, chronischen Periostitiden, bei chronischen Neuralgien und Myalgien, Tabes angewendet. Die Application ist folgende: Man schüttet einen Theil des feinen Pulvers in ein weites Gefäss, giesst warmes Wasser hinzu, verrührt das Ganze zu einem dicken Brei und erwärmt diesen so lange, bis der nöthige Wärmegrad erreicht ist. Hat man den Schlamm überhitzt, setzt man etwas kaltes Pulver dazu, bis die richtige Temperatur erreicht ist. Ueberflüssiges Wasser giesse man ab. Hierauf trägt man den Brei sehr dick mit einem Löffel auf eine ausgebreitete feine, weiche Leinwand, worin man den Schlamm einschlägt, u. zw. so, dass der Schlamm nirgends unbedeckt bleibt. Dem Umschlag gibt man für Gliedmassen eine längliche, für mehr breitere Körpertheile eine breite Form. Diesen lege man sodann auf die leidende Stelle; darüber, wenn man die Wärme sehr lange erhalten will, ein gut gewärmtes, mehrfach zusammengelegtes Flanelltuch oder Watte und über dieses eine 1 m breite und 1—1½ m lange Kautschukleinwand. Dabei liegt am besten der Patient im Bett oder am Divan und bedeckt sich den ganzen Körper noch ausserdem mit Plaid und Bettdecke. Der Umschlag bleibt gewöhnlich ¾—1 Stunde liegen. Man gebrauche die Cur zu einer Tageszeit, wenn der Kranke genug Zeit zum Ausruhen hat, am besten in den Abendstunden. Auch als Zusatz zu Sitz-, Halb- und Vollbädern kann der Schlamm verwendet werden. Die Temperatur des Moores übersteige nie 35—40° und dieser soll beim Auflegen kein brennendes Gefühl erzeugen. — (Wien. med. Bl.)

Dr. Kunz und Dr. Koup haben über **Tropon** im Hygienischen Institute in Wien Versuche angestellt, deren Ergebnisse sie in Folgendem zusammenfassen: Die Tropone sind sehr eiweissreiche Präparate (84·5—88·5% Eiweiss in den neueren Herstellungen). Sie vermögen das Eiweiss in der Nahrung vollkommen zu ersetzen. Die neuesten Erzeugnisse sind frei von Geruch und fast frei von Beigeschmack. Der äusserst schwache, an Bohnen erinnernde Geschmack ist nicht widerwärtig und leicht zu verdecken. Die Mahlung der neueren Präparate ist eine äusserst feine, so dass sie, selbst für sich allein genommen, nicht mehr kratzend wirken. Die Tropone sind vollkommen haltbar und wenig hygroskopisch. Sie sind vollkommen unschädlich und werden in grossen Mengen ohne Beschwerden und Verdauungsstörungen

vertragen. Die Ausnützbarkeit des gemischten und des animalischen Tropons kommt etwa der des Eiweisses in Mehlspeisen und Broten gleich; die des vegetabilischen Tropons steht etwa der des Eiweisses in Milch gleich. (Es würde sich daher empfehlen, ausschliesslich vegetabilisches Tropon zu erzeugen oder die verschiedenen nicht ganz gleichwerthigen Tropone zu verschiedenen Preisen in den Handel zu bringen.) Diese Eigenschaften empfehlen das Tropon überall da, wo es darauf ankommt, durch eine eiweissreiche Kost den Eiweissbestand des Körpers rasch zu heben, also für Reconvalescenten, appetitlose, schwächliche Kinder u. s. w., ferner da, wo es sich darum handelt, eiweissreiche, wenig voluminöse, haltbare Nährpräparate herzustellen, z. B. für Touristen, sogenannten eisernen Bestand der Soldaten, Verproviantirung der Schiffe u. s. w. Endlich wären die Tropone auch sehr geeignet, die meist eiweissarme Kost der arbeitenden unbemittelten Volksclassen zu verbessern, wenn es gelingen sollte, sie zu einem wesentlich billigeren Preise, als dem der billigsten eiweissreichen animalischen Nahrungsmittel, bezw. des Eiweisses in ihnen in den Verkehr zu bringen. So lange der Preis des Tropons so hoch bleibt, wie jetzt in Oesterreich, kann das Tropon erfolgreich mit der Somatose, der Nutrose, dem Eucasin u. s. w. in der Krankenkost concurriren, sein Massenconsum ist aber ganz ausgeschlossen. 1 kg Fleisch ohne Knochen kostet gegenwärtig in Wien fl. 1·10. Darin bekommt man etwa 210 g Eiweiss. 1 kg Eiweiss in solchem Fleische kostet daher fl. 5·24. Dagegen kostet 1 kg Tropon im Kleinhandel fl. 5·40. Darin sind 850 g Eiweiss enthalten, von welchen nach Neumann etwa 750 g verdaulich sind. 1 kg verdaulichen Eiweisses im gemischten Tropon kostet daher gegenwärtig in Wien fl. 7·20; in vegetabilischem Tropon würden sie nach den Untersuchungen des Vf. etwa fl. 6·80 kosten. Ueber die Herstellung des Tropons ist nichts Genaueres bekannt. Das Bestreben des Erfinders ging dahin, aus pflanzlichen und thierischen Naturproducten das Eiweiss in coagulirtem, wasserunlöslichen, aber den Verdauungssäften zugänglichen Zustande abzuscheiden und von allen Beimengungen, insbesondere auch von dem so leicht zum Verderb des Geruches und Geschmackes der Nährpräparate Anlass gebenden Fett so vollständig als möglich zu befreien. Nach Finkler's Angaben soll das Tropon völlig frei von Leim und Nucleïn sein und seine Trockensubstanz zu etwa 99% ihres Gewichtes aus vollkommen

verdaulichem Eiweiss bestehen. Das in den Handel kommende Tropon soll zu einem Drittel animalischen, zu zwei Dritteln vegetabilischen Ursprunges sein. — (Wien. klin. Wochenschr. 1899.)

Bei Stockschnupfen, wo eine ausnehmend reichliche Absonderung dem Kranken besonders lästig ist, lässt Hagedorn Xeroform subtilissime pulv. in die Nase einblasen und erreicht dadurch eine schnellere Austrocknung der Schleimhäute und Abschwellung derselben. Bei Kindern, deren Stockschnupfen Folge von adenoiden Wucherungen ist, kommt man in sehr vielen Fällen nach gründlicher Operation der Wucherungen in Chloroformnarkose überhaupt mit den Xeroformeinblasungen ohne alle weiteren Massnahmen aus; nur bei älteren Kindern, deren chronische Rhinitis mehrere Jahre lang besteht, muss sich an die adenoide Operation noch eine kurze Massagebehandlung der Nase anschliessen. — (Aerztl. Praxis; Deutsche Med.-Ztg.)

Gegen die Schmerzhaftigkeit der Injectionen von Oleum cinereum oder von in Oel suspendirten unlöslichen Quecksilbersalzen empfiehlt Bazin einen Zusatz von Guajacol. purissim. im Verhältniss von 3%. Folgende Formel wird von Lagrange empfohlen: Rp.: Ol. oliv. steril. 100·0, Hydrargyr. bijodat. 0·5, Guajacol. puriss. 3·0. M. D. S. Täglich oder alle zwei Tage 2 g der Lösung in die Gesässgegend zu injiciren. Die Nadel der Injectionsspritze senkrecht und möglichst tief einstechen, langsam injiciren. — (Sem. médic.; Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Die Behandlung der Ozäna mit Citronensäure empfiehlt Dr. Hamm. Die Patienten müssen sich jeden Morgen die Nase ausspülen und nöthigenfalls durch Ausschnauben Eiter und Krusten zu entfernen suchen. Dann wird mit einem Pulverbläser dreimal täglich Citronensäure + Sacch. lactis āā in die Nase geblasen. Die Geruchlosigkeit tritt sofort ein und hält, auch wenn man keine Citronensäure mehr einbläst, oft mehrere Tage an. Mit dem dauernden Gebrauch tritt allmälig eine Secretionsverminderung ein; auch hat H. schon eine durch mehrere Monate dauernde Heilung constatiren können. Die Application dieses Mittels ist auch auf das Allgemeinbefinden von günstigstem Einfluss. Man beobachtet besonders bei jungen Mädchen Appetitlosigkeit, blasse Gesichtsfarbe, zum grossen Theil wohl infolge psychischer Depression. Die Patienten sind wegen des unangenehmen Geruchs sich selbst und ihrer Umgebung lästig. Das hört mit einem

Schlage auf; die Patienten bekommen neuen Lebensmuth, frische Gesichtsfarbe und guten Appetit, es würde sich empfehlen, die Citronensäure als unschädliches Desodorans in weiterem Umfange zu versuchen. — (Münchner med. Wochenschr.; Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Neuere Arzneimittel und Receptformeln.

Zinol ist ein aus 1 Th. Zinc. aceticum und 4 Th. Alumnol (naphtholsulfonsaures Aluminium) bestehendes Antigonorrhoicum, das in Form von Pulver oder als Tabletten vom Chemischen Institut Dr. J. Lewinsohn in Berlin in den Handel gebracht wird. Man wendet es am zweckmässigsten in wässeriger Lösung 1·5—3:1000 an. — (Ph. Ztg.; Ph. P.)

Ferripton wird vom Chem. Laboratorium E. A. Kunze in Serkowitz als reines Albumin-Eisenpräparat von constanter Zusammensetzung, welches durch Dialyse von jeglichem Säuregehalt befreit worden ist, erhalten. Es bildet eine neutrale, klare, tiefbraune Flüssigkeit ohne besonderen Geruch und Geschmack, mit 3·8% metal. Eisen in organischer, stickstoffhaltiger Bindung, 7% Proteïngehalt und spec. Gew. 1·069. Das Präparat bewährt sich als gutes Eisenmittel und greift die Zähne nicht an. Verabreicht wird es in Gaben von 3—10 Tropfen in Wasser, dreimal täglich. — (Ph. P.)

Kreosotal-Ichthyol nennt Dr. H. Goldmann (Wien. klin. Wochenschr.) ein Gemisch aus Kreosot. carbon., Ichthyoli āā 15, Glycer. puri 30, Aq. Menth. pp. 10, und empfiehlt es zur Behandlung der Lungentuberculose. Günstige Resultate können mit dem Mittel in leichten Fällen, sowie bei im Entstehen begriffenen tuberculösen Affectionen der Lunge erzielt werden, was namentlich bei kräftiger Ernährung und gesunder Luft der Fall ist. Verabreicht wird das Mittel: Erwachsenen 20—30 Tropfen in Wein oder Citronenwasser dreimal täglich; Kinder oder solche Kranke, welche das Medicament mit Widerwillen nehmen, erhalten dreimal täglich zehn Tropfen, nach Wochen steigend 20 Tropfen. — (Ph. P.)

Bei Gonorrhöe:

Rp. Gonoroli 50·0

M. D. S. 2—3mal täglich je 15—30 Tropfen in Milch zu nehmen. — (G. Riehl.)

Bei Asthma bronchiale:

Rp. Jodipin. 2·0—5·0—8·0
Aq. dest. 100·0

D. S. Täglich 2—6 Theelöffel voll zu nehmen. — (Otto Frese.)

Bei habitueller Verstopfung:

Rp. Podophyllini 0·3—0·5
Extr. Hyoscyami 0·30

Pulv. rad. Liquir. Succi liquir. q. s. ut. f. pill. 30.

D. S. Abends 1—2 Pillen. — (Liebreich.)

Bei Gastroduodenalkatarrh:

Rp. Rad. Colombo 15·0
coque c. Aq. dest. 300
ad reman. colat. 180·0
Sub finem coctionis
adde Cort. Cascarill. 8·0
Tct. Aur. Cort. 10·0
Syr. Cinnam. 40·0

D. S. 2—3stündlich 1 Esslöffel. — (Berends.)

Bei Hyperchlorhydrie:

Rp. Natr. sulf. 30·0
Natr. chlor. 30·0
Calc. sulf. 5·0
Natr. carb. 25·0
Natr. borac. 10·0

M. f. p. detur ad Scatulam.

M. D. S. Einen halben Kaffeelöffel voll in einem Glase Wasser dreimal täglich (vor dem Frühstücke, vor dem Mittagmahl und Abendbrot) zu nehmen. — (Boas.)

Als Expectorans bei zähem Secrete:

Rp. Dct. cort. Quillaiae
e (3·0—5·0) 200·0
Liq. ammon. anis. 2·0
Syr. foenic. 25·0

S. Zweistündlich einen Esslöffel voll zu nehmen. — (Kobert.)

Bei Diarrhöen:

Rp. Cotoïni 0·05—0·07
Spirit. diluti 10·0
Aq. dest. 130·0
Syr. spl. 40·0

M. D. S. Stündlich einen Esslöffel voll zu nehmen. — (Burkart.)

Bei Influenza:

1. Rp. Chinini salicyl. 0·20
Phenacetini 0·15
Camphor. 0·01—0·02

M. f. p. dent. tal. dos. ad caps. amyl.

M. D. S. 3—6 Pulver in 24 Stunden. Bei Beginn von katarrhalischen Erscheinungen sind Stib. sulf. aur. 0·015—0·03 beizufügen. — (Baccelli.)

2. Rp. Pulv. Doweri 0·3—0·5
Calomel. vap. par. 0·1—0·15
Natr. bicarb. 0·20

M. f. p. dent. tal. dos. ad caps. amyl.

S. Auf einmal ein Pulver zu nehmen. Alkoholische Waschungen des ganzen Körpers sind vorzunehmen; den nächsten Morgen Natr. phosphoricum als Laxans und in 24 Stunden drei Pulver Phenacetin zu 0·15—0·2. — (J. A. O. Neill, New-York.)

Bei Asthma cardiale:

Rp. Extr. Stramomi 0·02
Extr. liquir. 0·2
Natr. jod. 0·25
Aethyl. chlor. gutt. X.

S. 2—3mal täglich eine solche Dosis zu nehmen. — (Sidney Martin.)

Bei Dyspepsia flatulenta:

1. Rp. Ammon. fluorati pulv.
puri 1·0
Aq. dest. 300·0

S. Nach jeder Mahlzeit einen Esslöffel voll zu nehmen.

2. Rp. Ammon. fluorati 3·0
Natr. chlorati 3·0
Gummi arab. 4·0
Aq. dest. gutt. VI.
M. f. pill. Nr. 60
Detur ad vitrum.

S. Nach jeder Mahlzeit eine Pille zu nehmen. — (Baudoin-Robin.)

Bei Frostbeulen:

Rp. Tct. Capsici 8·0
Spirit. camphor. 60·0
Mixt. oleoso-bals. 4·0

M. D. S. Zum Einreiben. — (Rabow.)

Bei Fluor albus:

Rp. Dct. cort. Quercus
e (20·0) 250·0
Aluminis 10·0

M. D. S. Zu Einspritzungen. — (A. Cooper.)

Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

E. Schiff und L. Freund demonstriren zwei Kranke mit Sykosis und einen mit Favus aus der Klinik des Hofrathes Prof. Neumann.

Dieselben wurden mit Röntgen-Strahlen behandelt. Die Resultate sind ausserordentlich günstige, denn mit dem Haarausfalle, der entsprechend dem vorher bestehenden Entzündungszustand in der Haut in allen drei Fällen sehr bald, nach 7—13 Sitzungstagen, eintrat, war die Behandlung der betreffenden Hautstelle beendet, und die Entzündung bildete sich spontan zurück. Schiff fügt zu einer Bemerkung Kaposi's, welche derselbe gelegentlich der Demonstration dieser Fälle in der Wiener dermatologischen Gesellschaft vom 10. Mai 1899 machte, hinzu:

Auf Grund seiner Anschauung über den pathologischen Vorgang bei den behandelten Affectionen gab Herr Prof. Kaposi seiner Meinung dahin Ausdruck, dass nach einem längeren Zeitraume die Affectionen recidiviren werden, denn die Radiotherapie entfernt nur die Haare, nicht die Haarwurzelscheiden, welche ja gleichfalls von Pilzen durchwuchert sind. Demgegenüber sei zu bedenken: 1. dass die Affection in einem der Fälle thatsächlich jetzt nach zwei Monaten noch nicht wiederkehrte; 2. auch in dem Falle, wenn die Affection wirklich später wiederkehren sollte, hat man in der Zeit zwischen Effluvium und Haarnachwuchs die reichlichste Gelegenheit, jene nothwendige wirksame antiparasitäre Behandlung vorzunehmen, welche man bisher einschlug, nachdem man durch Rasiren oder Epilation mit der Cilienpincette die Haare entfernt hatte. Diese gerade hier besonders peinlichen Proceduren entfallen, überdies kann die medicamentöse Behandlung intensiver einwirken, da das zeitraubende Epiliren etc. für lange Zeiträume entfällt — abgesehen von der sehr wahrscheinlichen antiparasitären Wirkung der Röntgen-Strahlen selbst. — (Wien. klin. Wochenschr.)

Versammlung der Balneologen Oesterreichs in Wien.

Prof. Kisch: Ueber den Einfluss der Balneotherapie auf den Kreislauf und das Blut.

Redner gibt in diesem Referate eine Darlegung der bisherigen Forschungen, welche die Einwirkung von Bädern in einer den thermischen Indifferenzpunkt überschreitenden Temperatur betreffen. Dass warme Bäder die Blutcirculation beeinflussen und eine Veränderung des Pulses bewirken, wusste schon Galen, aber über dessen grobsinnliche Wahrnehmungen sei die Erkenntniss durch elf Jahrhunderte nicht wesentlich herausgekommen und erst vor wenigen Decennien

habe die wissenschaftliche Erforschung auf diesem Gebiete begonnen. Richtunggebend seien die Versuche von O. Naumann, M. Schüller und Koloman Müller gewesen, denen eine grosse Reihe experimenteller Studien über die physiologische Wirkung differenter Badetemperaturen auf das Herz, den Blutdruck, die Blutvertheilung und Blutbeschaffenheit folgte. Die Resultirende aus den eingehend besprochenen Untersuchungen ist nach Kisch: Warme Wasserbäder bewirken eine Erweiterung der peripheren Gefässe, welche das Bad durch längere Zeit überdauert, die Pulsfrequenz wird erhöht, u. zw. entsprechend der Steigerung der Körpertemperatur; bald nach dem Bade tritt eine compensatorische Pulsherabsetzung ein, der Blutdruck ist zumeist herabgesetzt; der Herzmuskel wird in der Weise beeinflusst, dass sein Tonus gesteigert wird, falls die angewendeten Wärmegrade nicht zu hoch sind; endlich veranlasst die durch die Wärmebäder herbeigeführte Veränderung der Blutvertheilung zuweilen Aenderungen der Blutzusammensetzung. Redner erörtert nun den Unterschied der Einwirkung von warmen Mineralbädern im Vergleiche zu dem Effecte der gewöhnlichen Warmwasserbäder und sieht den Grund dafür in folgenden drei Momenten: 1. in dem durch den Gas- und Salzgehalt der Mineralbäder gesetzten chemischen Hautreize, welcher einen relativ schwachen, aber sich summirenden sensiblen Reiz darstellt, durch welchen reflectorisch die die Herzbewegung regulirenden Centren dauernd angeregt werden; 2. in der Erregung der Wärmenerven durch das kohlensaure Gas, wodurch es ermöglicht wird, diese Mineralbäder mit einer niedrigeren Temperatur anzuwenden, und 3. in der Methodik der systematisch gebrauchten Bäder und der damit verbundenen Uebung der Functionen der herzbeeinflussenden Nerven wie des Herzmuskels selbst. Der Gesammteffect des kohlensäurereichen Bades gehe dahin, dass dasselbe auch ohne thermische Reize mächtig auf die Blutcirculation und Herzthätigkeit einwirkt, eine sofortige und nachhaltige Fluxion zur Haut bewirkt, die peripheren Gefässe erweitert, die inneren Gefässe verengt, den Blutdruck steigert, den Puls verlangsamt, voller und kräftiger gestaltet, das Volumen jeder einzelnen Herzsystole erhöht, den Tonus des Herzmuskels stärkt und die Herzarbeit erleichtert. K. zieht aus diesen Forschungsresultaten die Nutzanwendung der Verwerthung der Mineralbäder bei den mannigfachen Formen der Herzinsufficienz, Herzklappenfehlern und Herzneurosen und präcisirt die diesbezüglichen Indicationen für kohlensäurereiche Säuerling-, Sool- und Stahlbäder. Zum Schlusse wird die Beeinflussung der Diurese durch warme Bäder besprochen und dann die Bedeutung des Trinkens von Mineralwässern auf die Thätigkeit des gesunden und kranken Herzens erörtert.

Docent Dr. Clar gibt eine Uebersicht der klimatischen Factoren, welche die Wasserabgabe des Blutes sowohl in Form der Perspiration als der Diurese beeinflussen, ferner über den Einfluss der Luftverdünnung auf Blutdruck und Pulsbeschaffenheit; Redner bespricht ferner die zahlreichen Untersuchungen über die Blutveränderungen im Gebirge, welche die Indication des Gebirgsaufenthaltes besonders für anämische Zustände stützen sollen, während die Kreislaufstörungen im Sommer am besten auf mittlere Höhenlagen mit nicht zu grosser Wärme und im Winter auf Tieflagen mit mittleren Meteorationswerthen angewiesen werden.

(Schluss folgt.)

Herausgeber und verantwortlicher Redacteur: Dr. M. Heitler. — Verlag von Moritz Perles.
Druck von Johann N. Vernay in Wien.

Theorie und Praxis bei der Ernährung von Leberkranken.

Von Dr. Emil Schwarz, Privat-Docent in Wien.

Die engen anatomischen Beziehungen der Leber zum Verdauungscanal, ihre physiologische Bedeutung für den gesammten Stoffwechsel bringen es mit sich, dass gerade bei den Erkrankungen dieses Organes den diätetischen Massregeln grösste Wichtigkeit zukommt oder wenigstens die rein theoretische Seite der Leberpathologie solchen die grösste Aufmerksamkeit zuwendet. Unsere ganze therapeutische Richtung ist heutzutage bestrebt, über die reine Empirie hinauszugelangen und sich darüber klar zu werden, nicht nur dass ein Verfahren Erfolge habe, sondern auch, warum dieselben eintreten müssen. Die Antwort gibt die theoretische Forschung, wir suchen die erzielten Wirkungen mit den Kenntnissen zu erklären, die wir über Bau, Function, Krankheitsprocess gewonnen. Ein weiterer Schritt, ich möchte sagen, eine deductive Methode der Therapie besteht darin, dass wir, von diesen Kenntnissen ausgehend, unsere Heilbestrebungen, ohne uns auf die Erfahrung am Krankenbette im Vorhinein stützen zu können, von den Resultaten der wissenschaftlichen Forschung ableiten, dass wir also gleichsam die Errungenschaften des Laboratoriums in praktisches ärztliches Handeln umsetzen. Sowie die Serumtherapie als Frucht zwanzigjähriger experimenteller und pathologischer Forschung gereift ist, so versuchen wir auch auf anderen Gebieten unserer Kunst die Arbeit des Gelehrten zum Heile des Kranken zu verwerthen. Die ungemein intensiven Forschungen der letzten Jahre auf dem Gebiete der Stoffwechselpathologie und der Pathologie der Leber haben solchen Bestrebungen reiche Nahrung zugeführt und es eröffnet sich anscheinend eine weite Perspective auf segenbringende Thätigkeit. Dass auch hier die schönsten Schlussfolgerungen sich oft praktisch nicht bewähren, weil die Verhältnisse des kranken Organismus von einer Reihe ausserhalb unserer Machtsphäre liegenden Factoren beeinflusst werden, ist wohl bedauerlich, doch selbstverständlich. Es wird zwar durch diese Thatsache unseren theore-

tischen Betrachtungen weise Beschränkung auferlegt, soll uns jedoch nicht davon abhalten, mit der vertieften Erkenntniss der pathologischen Vorgänge auch unser therapeutisches Handeln vertiefen zu wollen.

Das lebenswichtige Element der Leber ist die Leberzelle; die Veränderungen in den übrigen Constituentien des Organes kommen bei der Analyse einer Diätetik nur insoferne in Betracht, als sie hemmend auf die Function oder schädigend auf die Zelle selbst einwirken. Unsere Aufgabe würde sich also darauf beschränken können, die Verhältnisse zwischen Ernährnng und Leberzelle auseinanderzusetzen, um aus ihnen unsere Grundsätze abzuleiten. Da jedoch bei wirklich rationeller Therapie sowohl der Angriffspunkt der Noxe als auch die Art der gesetzten Veränderungen von Bedeutung sind, werden wir die gesammten Beziehungen des Organes zu dem Verdauungstract berücksichtigen, ja auch darüber hinaus manche Fragen der Aetiologie und Pathologie der Lebererkrankung berühren müssen.

Die specifische Drüsenarbeit der Leber ist die Gallenbereitung. Die Leberzelle erzeugt aus dem Hämoglobin die Gallenfarbstoffe, ferner bildet sie die Gallensäuren, über deren Herkunft einstweilen nichts bekannt ist. Die Voraussetzungen des richtigen Ablaufes dieser Drüsenthätigkeit liegen, ausser in der Leberzelle selbst, sowohl in Qualität und Quantität des zugeführten Hämoglobins als in dem ungestörten Abflusse der gebildeten Galle.

Die Leber ist ferner die Hauptbildungsstätte des Harnstoffes. Die unverwerthbaren Trümmer des im Körper verwendeten Eiweissmolecüls werden durch einen synthetischen Process in das Harnstoffmolecül geschlossen, was zum allergrössten Theile in der Leber vor sich geht. Unsicher ist es noch, aus welchen kleineren Molecülen das Harnstoffmolecül gebildet wird, ob direct aus Ammoniak und Kohlensäure oder ob die Carbaminsäure, wie neuere auch für klinische Beurtheilung sehr wichtige Experimente gezeigt haben, die Vorstufe des Harnstoffes sei. Die Voraussetzung dieser Function liegt in dem Zustande der Leberzelle und in der ungestörten Zufuhr der Abfallstoffe des Eiweissstoffwechsels. Kann das Organ aus irgend einem Grunde seinen Pflichten nicht genügen, so erwächst für den Gesammtorganismus schwerer Schaden durch Intoxication mit den Stoffen, welche nicht in ihr normales unschädliches Endproduct, den

Harnstoff, überführt worden sind. (Amidosäuren, Carbaminsäure, Ammoniak.)

Ferner scheinen in der Leber noch andere wichtige Synthesen stattzuhaben, welche namentlich von französischer Seite direct als entgiftende Function der Leberzelle betont werden. Die Leber soll die in dem Darme gebildeten und resorbirten giftigen Substanzen, die Nebenproducte der Verdauung, durch Bindung mit anderen Atomgruppen in indifferente Verbindungen verwandeln. Für einige Körper, Alkaloide und Cyanate, ist dies sicher erwiesen und namentlich aus Experimenten mit Stoffen ersterer Art wird geschlossen, dass die „rôle protectrice“ der Leber sich besonders auf die im Darme sich bildenden giftigen Fäulnissalkaloide, die Ptomaïne, erstrecke. Ob auch die aromatischen Producte der Darmfäulniss, die Phenole, Indole etc. durch ihre Paarung mit Schwefelsäure in der Leber entgiftet werden, ist einstweilen völlig hypothetisch. Wie weit überhaupt diese schützende Kraft der Leber reicht, ist nicht einmal Muthmassungen zugänglich. Auch diese Function ist von dem Zustande der Leberzelle direct abhängig, wohl aber auch von Art und Menge der zugeführten Stoffe, sei es, dass die Menge der Fäulnissproducte für deren Bewältigung zu gross ist, sei es, dass Stoffe im Darme gebildet oder eingeführt wurden, welche sich einer Beeinflussung durch die Leberzelle entziehen.

Eine vierte hochbedeutsame Arbeit leistet die Leberzelle, indem sie die resorbirten Kohlehydrate zu Glykogen polymerisirt und als Reservestoff aufspeichert. Ueber dessen spätere Verwendung herrscht allerdings noch Unsicherheit. Die Mehrzahl der Forscher neigt zur Annahme, dass die Leber das Glykogen als Zucker dem Blute zuführt und so gleichsam als Regulator gegen eine Hyperglykämie zwischen Darm und Blutbahn eingeschaltet ist. Von anderer Seite wird jedoch eine innige Beziehung zwischen Glykogen und Fettbildung in der Leber vermuthet. Wie dem auch sei, auch diese Thätigkeit ist direct an den Zustand des Leberparenchyms geknüpft und die ungestörte Zufuhr der resorbirten Kohlehydrate auf dem Wege der Vena portae tritt als äussere Bedingung hinzu.

Die ungestörte Leberthätigkeit ist also nach diesen Momenten mit der Verwerthung aller Nahrungsmittel verknüpft. Der richtige und vollkommene Abbau der Eiweisskörper, die volle Ausnützung des N-haltigen Materiales, sowie auch die

richtige Verwerthung der Kohlehydrate sind enge mit der Leberfunction verbunden, mit der Fettresorption und Fettbildung steht sie einerseits durch die emulgirende Wirkung der Galle, anderseits durch die Glykogenanhäufung in Beziehung, ja auch die Verdauungsreste, die Producte der Darmfäulniss sind wahrscheinlich durch die Leber in ihrer Wirkung auf den Gesammtorganismus controlirt. Dass also Störungen der Leberfunction in schwerer Ernährungsstörung des Körpers ihren Widerhall finden, ist wohl selbstverständlich. Wir müssen daher aus diesen Beziehungen der Leber zur Ausnützung der Nahrung zu ermitteln trachten: 1. inwiefern wir die Nahrung den geschädigten Functionen anzupassen haben, so dass also für den kranken Organismus möglichst wenig Nachtheile aus dem Ausfalle an Leberthätigkeit erwachsen; 2. ob wir durch die Lebensweise des Kranken den Krankheitsprocess selbst direct beeinflussen können.

Die erstaufgeworfene Frage würde aus den physiologischen Beziehungen des Organes eine vierfache Antwort erheischen, wir müssten bei einer rationellen Diätetik erstens entscheiden, welche Functionsstörung vorliegt, zweitens wie wir der Störung jeder einzelnen dieser Functionen bei rationeller Therapie zu begegnen haben. In gewissem Sinne wird dieses Problem wohl vereinfacht. Das arbeitende Element, die Drüsenzelle, ist durch das ganze Organ hindurch gleichmässig gebaut, mit den gleichen Beziehungen zu den verschiedenen Canalsystemen ausgestattet. Es ist also anzunehmen, dass die vielgestaltigen oben auseinandergesetzten Leistungen, da sie alle in ein und derselben specifischen Zellenart ablaufen, nicht unabhängig von einander sind, sondern bloss die unseren Methoden allein zugänglichen verschiedenen Endresultate eines einzigen complicirten Processes darstellen, in dessen Phasen wir einstweilen noch keinen Einblick haben. Auch die klinische Beobachtung lehrt uns, dass eine völlige Dissociation dieser Functionen nicht stattfindet, dass bei jeder parenchymatösen Läsion gleichzeitig alle Functionen, wenn auch nicht gleichmässig, leiden. Wir werden daher wohl kaum in die Lage kommen, eine einzige Störung allein berücksichtigen zu müssen, sondern werden in jedem Falle unsere Handlungen so einrichten müssen, dass wir sowohl Biligenie als Glykogenie, sowie auch die Verarbeitung der giftigen Endproducte des N-Stoffwechsels und der Verdauung gleichmässig

berücksichtigen. Auch insoferne wird unser Standpunkt erleichtert, als nur in den schwersten Fällen der Lebererkrankung, bei acutem Zugrundegehen eines wesentlichen Theiles des Parenchyms der Stoffwechsel in tiefgreifender Weise verändert wird, dass es zu schwerer Vergiftung mit nicht verarbeiteten Producten kommt. Da bei solchen Erkrankungen (acute gelbe Leberatrophie, schwere acute Phosphorvergiftung) die Nahrungsaufnahme ohnehin zur Gänze darniederliegt, entziehen sie sich dem Rahmen dieser Betrachtung.

Bei den chronischen Erkrankungen, wohin vor Allem die grosse Gruppe der Cirrhosen gehört, wird aber der Stoffwechsel bis auf die Endstadien in sehr geringem Masse beeinträchtigt. Dennoch finden sich zahlreiche Vorschriften, die namentlich die Fleischnahrung bei Cirrhosen eingeschränkt wissen wollen, indem sie annehmen, dass infolge der Leberinsufficienz die schädlichen Endproducte des Eiweisses (NH_3, Carbaminsäure) in den Kreislauf im Uebermasse eingeführt würden und zu Intoxication führen müssten. Namentlich die Carbaminsäurevergiftung wird nach neueren Experimenten (Vergiftungserscheinungen nach Fleischnahrung an Hunden, welchen das Portalvenenblut durch die Eck'sche Fisteloperation direct mit Umgehung der Leber von der Vena portae in die Vena cava geleitet wird) in den Vordergrund dieser Betrachtungen gestellt.

Ich glaube jedoch nicht, dass sich aus dem Ablauf des Stoffwechsels bei Lebercirrhose genügende Anhaltspunkte hiefür finden lassen. Carbaminsäurebestimmungen im Harne der Cirrhotiker liegen meines Wissens noch nicht vor. Bei der leichten Zersetzbarkeit dieser Säure, welche im gelassenen Harne sehr rasch zu kohlensaurem Ammoniak verwandelt wird, sind jedoch die zahlreichen vorliegenden Ammoniakbestimmungen im Harne der Cirrhotiker von gewissem Werthe. Thatsächlich steigt die Ammoniakausfuhr bei Cirrhose, allerdings nur in schweren Fällen, und könnte man diese Steigerung zum Theil auf die der Umbildung in Harnstoff entgangene Carbaminsäure beziehen. Daraus würde also eine wesentliche Einschränkung der Fleischnahrung gewissermassen berechtigt erscheinen. Dem möchte ich nun entgegenhalten, dass auch bei schwerer Cirrhose die Umwandlung direct eingeführten Ammoniaks zu Harnstoff ungestört von Statten geht, dass es also nicht gelingt, die Ammoniakausscheidung hiedurch zu steigern. Wenn also die cirrhotische Leber noch grosse Mengen

Ammoniaks in Harnstoff überzuführen im Stande ist, so ist nicht einzusehen, warum der dem Harnstoff so nahverwandten Carbaminsäure gegenüber die Leberzelle insufficient werden sollte. Es scheint hiernach wohl richtiger zu sein, die Vermehrung des Ammoniaks im Harne nicht von Leberinsufficienz, sondern von dem vermehrten Vorhandensein abnormer Mengen von Säuren im Organismus abzuleiten, die ihren Ursprung in der gestörten Verdauung finden. Diese Säuren ketten das Ammoniak an sich und entziehen es der Harnstoff bildenden Thätigkeit der Leberzelle.

Es ist auch leicht begreiflich, warum beim Cirrhotiker die Stoffwechselvorgänge sich so wenig von dem normalen Zustande unterscheiden, also mit den experimentellen Resultaten, sowohl der Leberzerstörung als der Ausschaltung des Pfortaderkreislaufes nicht übereinstimmen. Bei der Cirrhose geht wohl Leberparenchym zu Grunde, doch parallel mit ihr geht eine compensatorische Hypertrophie, eine Neubildung arbeitsfähigen Gewebes, welches in die Bresche tritt. Zugleich hiermit findet auch eine Proliferation in den Portalverzweigungen statt, die die neugebildeten Zellen umspinnen, während die Zweige in den atrophischen Territorien veröden. Auch der Collateralkreislauf, nicht zwischen Cava und Vena portae mit Umgehung der Leber, sondern der innerhalb des erkrankten Organes und auf ihm, in seiner Kapsel und durch peritoneale Adhäsionen, machen es erklärlich, dass die Ausfallsymptome so geringe sind. Halten diese compensatorischen Vorgänge mit den deletären Processen nicht mehr Schritt, kommt es zu rascher Abnahme der thätigen Zellterritorien und fast vollkommener Aufhebung des portalen Kreislaufes, dann ist die Krankheit ins terminale Stadium gerückt, in welchem auch die bestausgedachten Vorschriften vollkommen werthlos werden.

Ein zweiter Punkt von wesentlichem Belang ist die Verwerthung der Kohlehydrate der Nahrung bei Erkrankung des Leberparenchyms. Auch hier hat die rein theoretische Betrachtung und vielleicht auch verfehlte oder ungenaue Experimentalerfahrung dem Leberkranken, speciell dem Cirrhotiker drohende Gefahren durch reichliche Amylaceennahrung befürchtet. Es sollte durch Leberinsufficienz die Glykogenbildung in der Leber in gewissem Grade gehemmt sein, so dass Hyperglykämie und Glykosurie auftreten. Es berührt dies das soviel umstrittene Capitel der alimentären Glykosurie bei Cirrhosen, welche namentlich von Seite französischer Autoren als sicheres und häufiges Zeichen gestörter

Leberfunctionen gepriesen wird. Ich möchte mich nach eigenen zahlreichen Erfahrungen ganz auf die Seite jener Autoren stellen, welche die alimentäre Glykosurie bei Leberkranken keineswegs für häufiger und leichter zu erzielen halten, als bei ganz gesunden Menschen und kann ich von Seite des Parenchymzustandes allein keine Ursache zu besonderer Vorsicht in der Amylaceennahrung erblicken.

Anders gestalten sich die Verhältnisse für den dritten Hauptfactor unserer Nahrung, für die Fette. Die Bedeutung des ungestörten Zuflusses einer normalen Galle in den Darm für die Fettresorption braucht wohl nicht besonders hervorgehoben zu werden. Nun geht aber jede Alteration des Leberparenchyms mit einer Störung der Gallenbildung oder der Gallenausscheidung einher. Von den schweren Affectionen der Leber zu schweigen, in welchen es zu intensivem Ikterus infolge von Absonderung zäher farbstoffreicher Galle durch die erkrankten Zellen kommt, zeigen auch diejenigen Cirrhosen, welche ohne Ikterus einhergehen, sichere Symptome einer gestörten Gallenbildung, nämlich Urobilinurie und Herabsinken der Gallensäuren; die erkrankte Leberzelle sondert reichlich Farbstoff ab, während die Bildung der Gallensäuren leidet. Wenn wir von denjenigen Fällen absehen, in welchen durch Gallenstauung infolge Erkrankung der Gallenwege überhaupt keine oder nur wenig Galle in den Darm gelangt, leidet trotzdem die Fettresorption nur wenig, bei uncomplicirten Cirrhosen findet kaum eine das normale Mass überschreitende Spaltung der Fette im Darme statt, es scheint also auch hier trotz der zu erwartenden Störung ein Ausgleich stattzufinden. Wir müssen also sagen, dass wohl bei Gallemangel im Darme, also bei allen Formen des Ikterus, die Fettzufuhr einzuschränken sei, dass jedoch eine parenchymatöse Läsion der Leber ohne diesen Folgezustand gegen die Verabreichung von Fett in der Nahrung keinerlei absolute Indication enthält.

Es würde also aus diesen Auseinandersetzungen folgen, dass in keiner Weise bei der Ernährung Leberkranker Modificationen der Kostordnung zu treffen seien. Dies wäre aber wohl eine einseitige Schlussfolgerung. Es hat sich nur ergeben, dass infolge der compensatorischen Leistungen in der richtigen Ausnützung der resorbirten Nahrungsstoffe keine Aenderung eintritt, insolange die Krankheitsprocesse nicht so weit vorgeschritten sind, dass entweder der Untergang des Lebergewebes zu rasch

vor sich geht oder aber die Compensation der fortdauernden Zerstörung nicht folgen kann. Sowie eine einseitige Nephrektomie dem Organismus keinerlei Schaden bringt, so lange die zweite Niere intact ist, so sichert auch das noch erhaltene functionsfähige Gewebe der erkrankten Leber den ungestörten Fortgang des Stoffwechsels. Eine wesentliche Einschränkung jedoch erleidet diese Freiheit der Nahrungsaufnahme durch die directe Wechselwirkung zwischen Leber und Darm. Und zwar im doppelten Sinne, indem sowohl die Lebererkrankung eine Folge primärer Erkrankung des Verdauungscanals sein kann, als auch umgekehrt durch die Alteration der Drüse schwere Veränderungen in der Function des Magendarmrohrs und im Ablaufe der Verdauung und Resorption gesetzt werden. Wir müssen daran festhalten, dass vom Darme aus sowohl toxische als infectiöse Stoffe der Leber zugeführt werden. Die Thatsache, dass bloss infolge chronischer Verdauungsstörung schwere Cirrhose auftreten kann (Foie des dyspeptiques, Cirrhose durch Autointoxication), ist wichtig genug, um den Vorgängen im Darmrohre bei Leberkranken die höchste Aufmerksamkeit zu sichern. Ungenügende Absonderung der Verdauungssäfte, ungenügende Peristaltik, unzweckmässige oder direct schädliche Ingesta werden im Darme stets Vorgänge bedingen, welche die Endproducte der Verdauung sowohl quantitativ als qualitativ ändern, es werden durch die gesteigerte Darmfäulniss Stoffe gebildet, die nicht nur im Allgemeinen giftig wirken, sondern bei ihrer Passage durch das Portalgebiet die Leberzelle direct treffen und schädigen. Kann nun das gesunde Organ in so empfindlicher Weise auf diese Darmgifte reagiren, um wie viel mehr müssen wir die bereits erkrankte Leber vor solchen Schädlingen zu schützen suchen. In diesem Falle wird unser Handeln noch dadurch besonders erschwert, als die Lebererkrankung im Rückschlage auf den Darm zur Steigerung der Darmfäulniss geradezu beiträgt. Nicht nur, dass durch die Veränderung der Zusammensetzung der Galle deren antiseptische Kraft wesentliche Einbusse erfährt, leidet die Absonderung der Verdauungssäfte des Magens und Darmes durch die venöse Hyperämie, welche auf der Behinderung des Portalkreislaufes beruht, ja dasselbe Moment bedingt auch eine wesentliche Verlangsamung der Resorption, so dass Bedingungen zur reichlichen Bildung von Fäulnissproducten nach jeder Richtung reichlich gegeben sind. Die Vermehrung der gepaarten Schwefelsäuren im Harne der Cirrhotiker, die gesteigerte

Harngiftigkeit (Coefficient urotoxique Bouchard's) sind der Ausdruck dieser Vorgänge. Wir werden also zu untersuchen haben, welche Ernährungsweise am wenigsten Anlass zur Steigerung der Darmfäulniss gebe. Vom klinischen Gesichtspunkte aus sind entschieden die Eiweisskörper der Fleischnahrung diejenigen, welche am reichsten solche Fäulnissproducte liefern können, und es ist also wesentlich hierin und nicht etwa in verminderter Energie der Harnstoffsynthese das Moment zu suchen, welches eine reichliche Eiweisskost beim Leberkranken contraindicirt. Auch die reichliche Einfuhr von Kohlehydraten gibt wohl Anlass zu besonderen Fäulnisskörpern, die jedoch nicht der aromatischen Reihe, sondern den flüchtigen Fettsäuren angehören, über deren Schädlichkeit für den Organismus jedoch einstweilen kein Urtheil möglich ist. Ebenso werden natürlich die Fette in ihrer Emulsion und Resorption sowohl durch geringe Mengen oder qualitative Veränderungen der Galle als auch durch die abnormen Verdauungsvorgänge wesentlich beeinflusst werden; es erhellt also, dass für alle Nährkörper die Bedingungen der normalen Ausnützung beeinträchtigt sind, aber nicht direct durch die Alteration des Parenchyms, sondern durch die Störungen im Ablaufe der Verdauung.

Eine sehr wesentliche Rolle spielen hier auch die katarrhalischen Vorgänge auf den Schleimhäuten des Magendarmcanals. Es ist hinreichend bekannt, dass sehr häufig die ersten Symptome einer Leberaffection Dyspepsien sind, welche wohl auf die geänderten Circulationsverhältnisse in der Magenschleimhaut hinweisen. Dass sehr frühzeitig solche circulatorische Störungen eintreten, beweisen ja die nicht so seltenen Blutungen aus Oesophagus, Magen oder Darm, die vor allen anderen Krankheitserscheinungen auftreten können. Umgekehrt ist es ausserordentlich wichtig, im Auge zu behalten, dass die zur Lebererkrankung führende Schädlichkeit in den meisten Fällen zuerst auf die Magendarmschleimhaut ihren Einfluss geltend macht und dort zu chronischen Störungen führen kann. Es sind sogar Stimmen laut geworden, dass die gewöhnliche Alkohol-Cirrhose nicht auf den Alkohol als solchen, sondern auf die durch denselben erzeugte Schädigung des Magendarmtractes und die auf diesem Boden zu toxischen Producten führende Verdauung und Darmfäulniss zu beziehen sei. Mag dies auch nur Ansichtssache sein, mag der Alkohol direct die Leber schädigen, so ist doch

die mit dem Abusus einhergehende Erkrankung des Verdauungstractes bei der Ernährung der Leberkranken ein Factor von einschneidender Wichtigkeit. Aber es gibt noch Fälle genug, wo Lebererkrankungen sich auf dem Boden einer Magendarmerkrankung ausbilden, welch letztere nicht auf alkoholischer Basis entstanden ist. Es sind dies die eigenthümlichen harten hypertrophischen Cirrhosen bei chronischen Dyspepsien (Cirrhose dyspeptique, Cirrhose par autointoxication Hanot und Boix's), so dass wir also, sowohl primär als secundär, den Verdauungstract intensiv betheiligt finden. Wir werden also in erster Linie bei Leberkranken den Zustand des Letzteren berücksichtigen müssen, um darnach unsere diätetischen Massnahmen zu treffen. Da wir sicherlich auch in den verschiedenen Fällen den Verdauungstract leichter und schwerer alterirt antreffen, so werden wir von einer gewissen Freiheit der Kostordnung bis zu den strengsten diätetischen Regeln Spielraum für unsere Anordnungen finden.

Von wesentlicher Bedeutung ist ferner ein bereits gestreifter Punkt in der Pathologie der Leberkrankheiten, d. i. die Verlangsamung der Resorption. Dass eine solche thatsächlich stattfindet, konnte ich experimentell erweisen, worüber an anderem Orte berichtet wird. Wesentlich wird hier wohl die Stauung im Pfortaderkreislaufe in Betracht kommen müssen und bietet weder die Entstehung, noch die Wirkung dieser Anomalie dem Verständnisse irgendwelche Schwierigkeit. Aber ich möchte noch eine zweite pathologische Erscheinung hervorheben, die Verkleinerung der resorbirenden Oberfläche. Schon Bright ist es aufgefallen, dass bei schweren atrophischen Cirrhosen die Länge des Dünndarmes unter dem Durchschnittsmasse steht. Neuere Messungen haben diese Thatsache nicht nur bestätigt, sondern auch erwiesen, dass diese Abnahme proportional zur Schwere der Leberaffection stattfindet. Gegen das Durchschnittsmass von 8 m Dünndarm beim gesunden Menschen zeigen die Leichen von Cirrhotischen Längenmasse von 6·5, 5, ja selbst nur 3·50 m, ja auch der Dickdarm soll bis zu $^1/_2$ m seiner Länge verlieren. Als Ursache dieses Schwundes wird chronische Periphlebitis der Pfortaderwurzeln, sowie diffuse chronische Peritonitis angegeben, welche Processe sich in und an der Darmwand abspielen und dieselbe in Mitleidenschaft ziehen, also gleichsam eine Art Cirrhose des Darmrohres mit nachfolgender Atrophie. So be-

deutende Verringerung der Resorptionsfläche ist selbstredend nicht ohne Bedeutung, sowohl für die Ernährung des Organismus, als auch für die Vorgänge im Darmrohre selbst. Die Folgen sind sowohl Resorptionsverlangsamung, Stagnation der Ingesta mit steigender Autointoxication, als auch ungenügende Ausnützung der Nahrung auf dem verkürzten Wege. Daraus leiten sich wiederum wichtige Indicationen für die Ernährungsweise ab, indem namentlich solche Nahrungsmittel in Betracht kommen müssen, welche rasch in resorbirbaren Zustand versetzt werden, welche bei geringer Quantität hohen Nährwerth besitzen, und welche wenig Schlacken nach der Verdauung zurücklassen.

Construiren wir aus all den berührten Punkten ein Uebersichtsbild über die Grundprincipien der Ernährung bei Leberkranken, so ergibt sich, dass nur in geringem Masse der Zustand des Leberparenchyms ins Gewicht fällt; ein Ausfall der Leberfunction in nur einigermassen unersetzbarem Masse führt so rasch den letalen Ausgang herbei, dass solche Zustände wohl kaum mehr in den Rahmen einer Diätetik gefasst werden können. Ich möchte hier nur ausser den schwersten acuten Erkrankungen des Leberparenchyms an diejenigen Fälle erinnern, welche als „Cirrhose à marche rapide“ beschrieben werden. Jahrelang wird hier eine Cirrhose fast symptomlos getragen, plötzlich, häufig nach einer Infectionskrankheit oder einer anderen schweren Schädigung des Organismus, treten die schwersten Erscheinungen auf, und in wenigen Wochen gehen die Kranken unter dem Bilde der Acholie zu Grunde. Die Obduction ergibt ausser den cirrhotischen Veränderungen weit vorgeschrittene Verfettung des Parenchyms. Der Untergang des Parenchyms, der functionirenden Leberzelle in einiger Ausdehnung ohne gleichzeitig reparative Vorgänge, also eine wesentliche Einschränkung der Function des Organes, ist mit dem Leben eben absolut unverträglich. Dagegen haben wir die wichtigsten Indicationen aus dem Verhältnisse zwischen Leber und Magendarmwand ableiten können, u. zw. in doppelter Hinsicht: Einerseits zeigte es sich, dass abnorme Zustände und Vorgänge im Verdauungsrohre die Leber krank machen können, anderseits, dass durch die Lebererkrankung der normale Ablauf der Verdauungsvorgänge und das Darmrohr selbst schwer gestört werden können. Unser Bestreben muss daher sowohl ein causales therapeutisches Princip enthalten — die Vermeidung der Schädlichkeiten, welche zur Erkrankung

geführt haben — als auch eine symptomatische Seite haben, insoferne wir bestrebt sein müssen, die durch die Erkrankung gesetzten Störungen möglichst zu paralysiren. Ich möchte namentlich besonderen Nachdruck darauf legen, dass wir gerade bei der causalen Indication im Stande sind, viel mehr zu leisten, als gewöhnlich angenommen wird. Es bricht sich nämlich erst allmälig, langsam die Lehre Bahn, dass cirrhotische Erkrankungen der Leber ausheilen können, in klinischem, sowie anatomischem Sinne. Es ist keineswegs gerechtfertigt, über jeden Kranken, welcher die objectiven Zeichen der Cirrhose bietet, schon den Stab zu brechen und unsere Thätigkeit lediglich auf das Symptomatische einzuschränken. Eine Leber, welche alte cirrhotische Veränderungen, Bindegewebsvermehrung ohne frische Infiltration, nebst compensatorischer Hypertrophie des erhaltenen Parenchyms, ohne atrophirende Herde und ohne degenerative Zellveränderungen aufweist, muss auch im anatomischen Sinne als vollkommen ausgeheilt betrachtet werden und wird auch klinisch ausser den etwa nachweisbaren Formveränderungen des Organes völlig symptomenlos sein und auch im klinischen Sinne nicht mehr als Krankheitsprocess zu bezeichnen sein.

Zufällige Befunde dieser Art an Leichen von an anderen Erkrankungen gestorbenen Individuen sind keineswegs so selten. Diese Thatsache weist unwiderleglich nach, dass selbst schwerere degenerative Processe nicht unbedingt progressiv sein müssen, und es ergibt sich als directe Consequenz dieser Schlussfolgerung, dass selbst in denjenigen Fällen, welche bereits klinisch als Lebercirrhose imponiren, durch Abhaltung fernerer Schädlichkeiten dauernder Erfolg erzielt werden kann. Natürlich werden hier die ätiologischen Factoren eine wesentliche Rolle spielen und in jedem Falle zu berücksichtigen sein, ebenso wird auch der Frühdiagnose eine weittragende Bedeutung zukommen.

Suchen wir unter allen Formen und Combinationen der drei Hauptgruppen der Nährstoffe, Eiweiss, Kohlehydrate, Fett, diejenige, welche am meisten all den genannten Indicationen entspricht, so ist die Milch an erster Stelle zu nennen. Nicht nur, dass sie alle drei Substanzen in genügender Menge enthält, so ist auch die Form derselben, die Suspension in flüssigem Vehikel, gewiss diejenige, welche von ganz besonderer Wichtigkeit erscheinen muss. Die Eiweisskörper der Milch stellen an die Verdauungssäfte viel geringere Anforderungen als die Fleischverdauung,

bei welcher erst die bindegewebigen Hüllen gelöst werden müssen und schon aus rein physikalischen Gründen die Verdauung längere Zeit in Anspruch nimmt. Ferner befindet sich das Fett in so fein emulgirtem Zustande, dass es einer besonderen Emulgirung desselben durch die Galle nicht wohl bedarf und die Resorption rasch von Statten geht. Namentlich das letztere Moment, die Eignung zur raschen Resorption, halte ich für sehr wesentlich, ebenso auch die geringe Menge des Rückstandes, infolge dessen Milch wohl am geringsten kothbildend wirkt und daher auch bei gesteigerten Fäulnissprocessen im Darme wenig Anlass zur Entwicklung toxischer Stoffe geben wird. Nicht gering ist auch die diuretische Wirkung derselben zu veranschlagen. Von grösster Bedeutung ist jedoch der Umstand, dass bei der schwer darniederliegenden Appetenz der meisten Leberkranken, namentlich dem ausgesprochenen Widerwillen derselben gegen compacte, insbesondere Fleischnahrung, die Milch wohl das einzige Nahrungsmittel ist, welches von den Kranken noch in genügender Menge aufgenommen werden kann, um sie mit dem nöthigen Calorienwerthe zu versorgen. So wie bei den verschiedensten Magendarmerkrankungen ist auch hier die Milch als das best indicirte Nahrungsmittel zu bezeichnen.

Eine andere Frage ist die nach der Berechtigung einer exclusiven Milchkost, einer sogenannten Milchcur bei Leberkranken, welche von hervorragenden Klinikern gerade bei Cirrhosen besonders präconisirt wird. Ich glaube nicht, dass es möglich ist, hier ganz allgemeine Indicationen aufzustellen, insbesondere als ja auch manche Individuen der Durchführung einer solchen oft unübersteigliche Hindernisse entgegenstellen. Nur das Eine möchte ich festgehalten wissen, dass aus all den angeführten Gründen bei schweren Symptomen von Seite der erkrankten Leber zum Mindesten jedesmal der Versuch mit strenger Milchdiät gemacht werden sollte. Und zwar aus doppelten Gründen: Einerseits, um unter Beihilfe der medicamentösen Therapie rasche Rectification der Darmthätigkeit zu erzielen, um durch die diuretische Wirkung eine rasche Ausscheidung von resorbirten oder in dem erkrankten Organ gebildeten toxischen Substanzen zu erreichen. Da erhöhte Darmthätigkeit eines der wirksamsten Cholagoga ist, andere Nahrungsmittel in halbwegs reicherem Masse dem erkrankten Darmrohre directen Schaden zufügen, ist durch diese Nebenwirkungen der

Milchkost auch ein directer günstiger Einfluss auf die Gallensecretion zu erwarten. Wird doch bei jeder parenchymatösen Erkrankung der Leber eine farbstoffreiche, zähflüssige Galle abgesondert, deren Stagnation bekanntlich die Leberzelle rückwirkend nachtheilig beeinflusst. Anderseits halten wir durch energisches Festhalten an dieser Diät wohl am sichersten alle Schädlichkeiten ferne, welche bei anderen Kostordnungen nicht unbedingt vermieden werden können. Auch bei leichteren Fällen, namentlich dort, wo bereits concentrirtere und urobilinhaltige Harne ausgeschieden werden, ist die strenge Milchcur als Einleitung der Behandlung empfehlenswerth. Erst wenn durch dieses Vorgehen die Beschwerden von Seite des Magens und Darmes wenigstens gebessert, wenn nicht behoben sind, wird es gerathen sein, successive zu anderen Nahrungsmitteln fortzuschreiten.

Bei der deletären Wirkung des Alkohols auf die Leber, sei es direct, sei es, wie angedeutet, durch Alteration des Magendarmcanals, wird die vollkommene Entziehung dieses Genussmittels eine der ersten und wichtigsten causal indicirten Regeln sein. Es soll hiemit keineswegs gesagt werden, dass der Alkohol in der Aetiologie der Lebererkrankungen die überwiegende Ursache abgibt. Es mehren sich die Beobachtungen, dass ganz andere Momente, namentlich infectiöse Processe, stark bei der Entwicklung der parenchymatösen Affection der Leber betheiligt sind. Die Allgemeinerkrankungen verschiedenster Natur, ja selbst congenitale Ursachen, bedingen eine geringere Resistenzfähigkeit der Leberzelle, infolge welcher sie schädlichen Einflüssen rascher unterliegt. Auf diese Weise erklärt es sich auch, dass Cirrhosen der schwersten Form, von ausgesprochen alkoholischem Typus, bei Individuen auftreten, welche nur in mässigem Grade tranken, so dass von einem Abusus spirituosus bei ihnen kaum gesprochen werden kann. Bei verminderter Resistenz des Parenchyms wirken eben geringe Mengen des Giftes ebenso wie grosse Mengen auf das gesunde Organ. Um wie viel mehr ist es daher berechtigt, volle Enthaltsamkeit dort als oberste Regel aufzustellen, wo durch den Nachweis einer Lebererkrankung der pathologische Zustand, die verminderte Vitalität des Parenchyms sicher erweisbar ist. Dass in vorgeschrittenen Fällen bei complicirenden Zuständen von Herzschwäche von der absoluten Abstinenz wohl manchmal abgesehen werden muss, ist selbstverständlich — die Medication gehorcht ja anderen Gesichtspunkten als die Diätetik,

und nur Letztere haben wir im Auge. Auch den Genuss von Thee und Kaffee möchte ich bei rationeller causaler Behandlung möglichst eingeschränkt wissen, da neuere Arbeiten den Einfluss des Coffeïns auf den Glykogenbestand der Leber, daher wohl auf die Zelle selbst, unzweifelhaft erwiesen haben.

Was die übrigen Factoren der Ernährung anbelangt, so wurden bereits weitläufig die Grundprincipien derselben auseinandergesetzt, und bei denjenigen Formen der Lebererkrankung, die wir auf eine Autointoxication oder Infection vom Darme aus (dyspeptische Cirrhosen, Cholangitis, Lithiasis, biliäre Cirrhose) zurückführen können, deckt sich die causale mit der symptomatischen Indication, insoferne als die Vorgänge im Magen und Darmcanal unser Handeln in erster Linie beherrschen. Es wäre schwer und auch ungerechtfertigt, specielle Diätschemata hier entwerfen zu wollen, wir werden stets neben den oben entwickelten Grundsätzen noch den Zustand und die Eigenart jedes Patienten im Auge behalten müssen, um daraus dasjenige Compromiss zu schliessen, welches in dem betreffenden Falle nicht nur die meiste Berechtigung, sondern auch die meiste Aussicht auf Durchführbarkeit für sich in Anspruch nehmen kann. Verminderte Qualität und geänderte Abscheidung der Verdauungssäfte, Beeinträchtigung der Resorption, chronische Obstipation, vermehrte Darmfäulniss, katarrhalische Affectionen des gesammten Intestinaltractes sind jedes für sich zu berücksichtigen und daraus Dasjenige zu entnehmen, was im Einzelfalle am wichtigsten erscheint.

REFERATE.

Interne Medicin.

Ueber Blutspeien Tuberculöser. Von C. Gerhardt.

Bluthusten Tuberculöser kann durch allerlei äussere Veranlassungen zum Ausbruche gebracht werden, durch schwere Arbeit, sonstige Muskelanstrengung, durch Brustverletzung, durch heftige Aufregung. Selbst das Ausbleiben gewohnter Blutungen kann periodischen, die Schwankung der täglichen Fiebercurve intermittirenden Bluthusten veranlassen. Aber das Alles ändert nichts an der Thatsache, dass Bluthusten Tuberculöser Cavernensymptom ist. Bei mässigem Blutspeien dürfte die Erstickungs-

gefahr vorwiegend in Betracht kommen, bei langdauerndem die Gefahr der Verblutung.

Der Ausgang, d. h. das Aufhören der Blutung hängt davon ab, wie bald das eröffnete Gefäss durch Blutgerinnung verschlossen wird. Das hängt wieder ab von dem Kaliber des Pulmonalastes, von der Beschaffenheit der Innenwand des geborstenen Aneurysmas, also von Ursachen, die sich jeder Einwirkung entziehen. Solche Erwägungen führen mitunter zu einer vornehm abweisenden Beurtheilung der meisten Mittel, die in Frage kommen. Dem entgegen sollte der Arzt bei Schreck und Angst, wie sie den Kranken, den ein Blutsturz befiel, zu beherrschen und umgeben pflegen, mit einigem Selbstvertrauen Hilfe und Beruhigung bringen können. Das gestatten ihm seine Mittel. Zunächst, nachdem der Kranke zu Bett gebracht, zu Ruhe und Schweigen ermahnt, über die geringe Gefahr seines Zustandes aufgeklärt und mit einer Eisblase bedacht ist, das alte Volksmittel, das Kochsalz, das durch seine nauseose Wirkung den Blutdruck herabsetzt. Noch mehr wirkt das Binden der Glieder. Man umschnürt einen Oberschenkel mässig fest mit einem Bande und wechselt halbstundenweise die Seite. Der Zufluss soll frei, der Rückfluss möglichst behindert sein, damit das Bein voll Blut gepumpt werde. Das Auftreten heftigen Hustenreizes kann Darreichung von Opium oder Morphin, Heroin, Codeïn nöthig machen, da die Anlagerung eines Blutgerinnsels an die Rissstelle durch fortwährende stossweise Bewegung der Theile erschwert wird. Aber man sollte sich auf diese besondere Indication beschränken und nicht Bluthusten schlechtweg mit Opium behandeln oder das Opium als Hauptmittel gegen Bluthusten betrachten. Bei den gewöhnlichen Formen in unregelmässigen Anfällen Tage und Wochen hindurch sich wiederholenden Bluthusten bewährte sich an der Klinik verhältnissmässig am meisten die Darreichung des Mutterkorns in hohen Dosen. Da man zur Zeit keinen einzelnen Bestandtheil als Träger der Wirkung bezeichnen kann, wurde meist ein Aufguss von 8 bis 12 g verordnet und zweistündlich gegeben. Einige Male musste nach mehrtägigem Gebrauche wegen Eintritt der ersten leichten Giftwirkungen ausgesetzt werden. Man suchte Ersatz durch Hydrastinin, Blei, Tannin. Bei stark fiebernden Kranken wurde hie und da Digitalis gegeben. In mehreren sehr hartnäckigen Fällen wurde durch Atropineinspritzung 0·0003 anscheinend Erfolg

erzielt. Nur in chronischen, hartnäckig sich hinziehenden Formen von Blutspeien wurde die von Zdekauer empfohlene Einathmung von verdünnter Eisenchloridlösung in Gebrauch gezogen; sie bewährte sich gut, namentlich wenn auf der gesunden Seite liegend eingeathmet wurde. In den seltenen Fällen nächtlicher intermittirender Hämoptoë nützte Chinin. Blutspeien als wirkliches Malariasymptom ist Vf. bis jetzt nicht vorgekommen, dürfte aber ebenso zu behandeln sein. Ist das Blutspeien gestillt und in seinen nächsten Folgen einigermassen ausgeglichen, so soll der Kranke, so lange er noch unter der frischen Erinnerung des Durchlebten steht, zu einer Cur an geeignetem Orte veranlasst werden, jedenfalls nicht in einem grossen Hospitale, womöglich nicht in einer grossen Stadt. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21, 1899.)

Erfahrungen mit Heroin. Von Dr. H. Rosin. (Universitäts-Poliklinik des Prof. Senator in Berlin.)

Vf. hat 48 Fälle mit Heroinum purum behandelt. Er gab es in der üblichen Dosis von 0·005 mit 0·3 Sacchar. (viermal täglich ein Pulver). Unter den Behandelten befanden sich 14 Fälle von Lungenemphysem mit diffuser trockener Bronchitis und mit Asthma behaftet; 10 tuberculöse Lungenaffectionen, wovon 4 mit Pleuritis complicirt waren und über Athemnoth oder Husten und Schmerz klagten. Das Mittel wurde ferner angewendet in 4 Fällen von einfacher diffuser Bronchitis, in 3 Fällen von Angina pectoris, in 2 Fällen von Asthma cardiale, sodann noch in einer Reihe von schmerzhaften Zuständen, und zwar in 5 Fällen von Magenschmerzen, 1 Falle von Trigeminus-Neuralgie, 1 Falle von Ischias, 1 Falle von Cholelithiasis, 2 Fällen von chronischem Gelenkrheumatismus, 1 Falle von Tabes. Unter sämmtlichen 48 Fällen war nur in 6 Fällen ein positiver Erfolg zu erzielen. Nur in einem einzigen Falle, bei einem Emphysem mit chronischer Bronchitis, welches schon früher ebenso erfolgreich mit Jodkali behandelt war, wurde ein eclatanter und dauernder Erfolg in Bezug auf die Athemnoth erreicht, in den übrigen 5 Fällen war der Erfolg nicht beständig und auch nicht besser, als beim Gebrauch von Codeïn oder Morphium, welches zur Controle bald vorher, bald nachher gegeben war. Unter diesen 5 Fällen befand sich 1 Fall von Emphysem mit chronischer Bronchitis, 1 Fall von einfacher chronischer Bronchitis, 1 Fall von beginnender mit starkem Husten verbundener Lungentuberculose und 2 Fälle

von Magenschmerzen und Erbrechen. In allen übrigen Fällen stellte sich ein negatives Ergebniss heraus, Athemnoth, Hustenreiz und Schmerzen blieben bestehen und das Mittel musste abgestellt werden und Morphium oder Codeïn oder Jodkali gegeben werden, um die durch das Heroin nicht gebesserten Beschwerden zu lindern. Eine Anzahl von Patienten (14) empfand beim Gebrauch des Mittels Beschwerden, die als üble Nebenerscheinungen zu deuten waren; meist Schwindel und Uebelkeit, bei zwei Patienten heftige Kopfschmerzen und Erbrechen. — (Therap. d. Gegenw. Nr. 6, 1899.)

Zur symptomatischen Behandlung der Lungentuberculose. Von Dr. K. Turban.

Von Medicamenten wurden Kreosotpräparate in 92 Fällen (von 458) gegeben, und zwar meist Kreosot, 0·5—2·0 täglich in Kapseln mit Olivenöl oder Guajacolcarbonat, dreimal täglich ein Gramm. In einigen Fällen konnte ein günstiger Einfluss auf den Ernährungszustand bei Kranken constatirt werden, die schon monatelang der Anstaltstherapie ohne Kreosot unterworfen waren. Bei Fieber, selbst wenn dasselbe minimal war, konnte nie der geringste Erfolg beobachtet werden, bei längerem Gebrauche grösserer Dosen trat einigemal Albuminurie ein, wonach Kreosot ausgesetzt wurde. Kreosotpräparate vermindern in manchen Fällen die bei Lungentuberculose häufigen abnorm starken Darmgährungen und verbessern damit die Assimilation der Nahrung, namentlich der Eiweisskörper. Ein Unterschied in der Wirkung zwischen Kreosot und Guajacolcarbonat wurde nur einmal, und zwar zu Gunsten des Letzteren beobachtet, welches von Manchen besser vertragen wurde.

Gegen quälenden Husten wird Codein. hydrochl. gegeben, von welchem 0·01—0·02 in wässeriger Lösung meist genügen. Morphium wurde fast nur in verzweifelten Fällen verabreicht. Die Disciplinirung des Hustens und die Aufspürung und locale Behandlung von Hustenreflexpunkten in den oberen Luftwegen machten die Anwendung von Narcoticis in der Regel überflüssig.

Bei Fieber sind Antifebrilien nicht zu entbehren. Die Wirkung der künstlichen Temperaturherabsetzung auf Appetit und Schlaf ist gerade bei Lungentuberculose in manchen Fällen so eclatant, dass Arzt und Patient sich dieser in einer chronischen Infectionskrankheit so wichtigen Vortheile nicht begeben dürfen,

wenn auch die moderne Wissenschaft die Antifebrilien bei acuten Infectionskrankheiten proscribirt. Mehr als Antipyrin, Antifebrin, Lactophenin u. s. w. leisten die von ten Kate Hoedemaker angegebenen Salicylarsenikpillen. (Rp.: Acid. arsenicos. 0·01, Natr. salic., 10·0, Amyl. q. s. ut f. ope aquae dest. q. s. pil. No. C. Ne consperg. S. 3—4mal täglich nach den Mahlzeiten 10 Pillen zu nehmen.) Diese Pillen verursachen häufig in den ersten Tagen ein Ansteigen der Temperatur, führen aber dann eine so gleichmässige, nicht von intercurrenten Steigerungen unterbrochene und oft andauernde Entfieberung herbei, wie kein anderes der bekannten Fiebermittel. Bemerkenswerth ist, dass bei plötzlichem Aussetzen der Pillen die Temperatur nicht sofort, sondern erst nach einigen Tagen wieder anzusteigen pflegt. Da diese Pillen Albuminurie verursachen können, so ist der Urin mindestens einmal wöchentlich zu untersuchen und das Medicament eventuell auszusetzen.

Bei der Behandlung der Hämoptoë spielen die Hauptrolle körperliche und geistige Ruhe (Anstellung einer Krankenpflegerin und Zuspruch des Arztes) und methodische Anleitung zum vorsichtigen Aushusten der sich im Bronchialbaum ansammelnden Blutmassen, welche infolge von Aengstlichkeit oder von Morphiumgebrauch so häufig von Kranken zurückgehalten werden. Nur bei heftigem Hustenreiz und bei hochgradiger Aufregung wird Morphium gegeben, bei starker Aufregung des Herzens ein Eisbeutel aufgelegt. Eispillen erweisen sich den theoretischen Bedenken zum Trotz als nützlich: sie stumpfen den Hustenreiz deutlich ab und beruhigen den Kranken. Die Nahrung wird kühl verabreicht. Das Binden der Glieder wirkt oft prompt, aber nur vorübergehend blutstillend, in mehreren besonders schweren Fällen stand die Blutung endgiltig nach subcutaner Injection von 1·5—2·0 Ergotin (in 2 Spritzen vertheilt gegeben), doch führten diese starken Injectionen bei erregbaren Kranken einigemal zu Retentio urinae, welche den Katheterismus erforderte.

Nothwendig sind alkoholische Getränke beim fieberlosen Lungenkranken im Allgemeinen überhaupt nicht; bei leicht frierenden Kranken erweisen sich während strenger Kälteperioden kleine Dosen von Cognac oder Südwein zweckmässig, im Uebrigen kann der Alkohol, in mässiger Menge genossen, als ein erlaubtes, aber entbehrliches Genussmittel für Fieberfreie gelten.

Nicht entbehren kann man ihn bei septisch consumptiven Zuständen und bei der acuten pneumonischen Form der Tuberculose, man gibt in diesen Fällen 80—100 Gramm und mehr Cognac, wovon ein Theil durch die entsprechende Menge Wein oder Champagner ersetzt werden kann. — (Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberculose von Dr. K. Turban in Davos, Verlag von F. Bergmann, Wiesbaden; Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Ueber das Caseon, ein neues Eiweisspräparat. Von Dr. Ernst Bloch. (Städtisches Krankenhaus Moabit zu Berlin.)

Das Caseon (Milcheiweiss) stellt ein griesliches Pulver von schwach gelblicher Farbe dar. Es besitzt keinen Geschmack und keinen Geruch, weder trocken noch in Lösungen. Es quillt in kaltem und lauwarmem Wasser zu einer gallertigen Masse auf. In heissem Wasser löst es sich fast vollständig, und es zeigt die Lösung eine durchsichtig opalescirende Trübung. Diese günstigen physikalischen Verhältnisse gestatten eine ausgedehnte und mannigfaltige Verwendung für die Bereitung von Nahrung, sei es durch Hinzufügen des Caseons zu der gewöhnlichen Kost, sei es bei alleiniger Verwendung desselben als Nahrung, und ermöglichen es zugleich, dem Organismus sehr grosse, bezw. concentrirte Mengen von Eiweiss in bequemer Form einzuverleiben. Vf.s Versuche bezogen sich auf die Anwendung des Präparates am Krankenbett bei den verschiedensten acuten und chronischen Erkrankungen, sowie bei Zuständen dauernder Unterernährung; in fünf Fällen hat er Ausnützungsversuche an Gesunden und Kranken mit Aenderungen in den Versuchsbedingungen angestellt. Am Krankenbette hat sich das Caseon vorzüglich bewährt. Alle Patienten haben dasselbe sehr gerne und ohne Widerwillen genommen, sich niemals über Störungen des Geschmackes beklagt, niemals, auch bei mehrwöchentlicher Verabreichung, irgend welche unangenehmen Erscheinungen in ihrem Allgemeinbefinden gezeigt. Sowohl als Haupteiweissbedarfsmittel fast ausschliesslich gereicht in Fällen, wo die Zufuhr reichlicher Mengen von Eiweiss erwünscht war, die gewöhnliche Nahrung aber verweigert wurde, als auch zur Erzielung von Ansatz und von Zunahme des Körpergewichtes zur Nahrung zugelegt, wurde das Mittel mit Vortheil verwendet. Vf. hat den einzelnen Patienten täglich 20—40 g Caseon gegeben, selbst 70 g während mehrerer Wochen der Kost hinzugefügt; er glaubt, dass man noch höhere Dosen zuführen kann. — (Fortschritte d. Med. Nr. 19. 1899.)

Zur Behandlung der chronischen Nierenkrankheiten. Von Prof. Karl v. Noorden.

Es hat sich mit der Zeit ein gewisses Schema in der Praxis herangebildet, nach dem die diätetischen Verordnungen bei chronischen Nierenkrankheiten ertheilt zu werden pflegen. Mässig reichliche Eiweisskost, unter Bevorzugung des vegetabilischen Eiweisses und der Eiweisskörper der Milch, reichliche Zufuhr von frischen und gekochten Früchten, einfach und reizlos zubereitete Gemüse und Mehlspeisen der verschiedensten Art. Die Gesammtmenge der Fettsubstanzen und der Kohlehydrate richtet sich nach dem jeweiligen Ernährungszustande; manchmal ist starke Beschränkung, andere Male reichliche Zufuhr von Nöthen. Unter den Getränken wird Milch, mitsammt ihren Derivaten der sauren Milch, der Buttermilch, dem Rahm, zuweilen auch dem Kefir und dem Kumys, als besonders werthvoll und nützlich hervorgehoben, und Manche gehen so weit, die Einstellung von 1—2 Liter Milch als nothwendig zu bezeichnen. Weniger in den therapeutischen Darlegungen hervorragender Autoren, als in der Praxis begegnet man auch lange fortgesetzten, systematischen Milchcuren, mit 3—4 Liter Milch am Tage. Alkoholische Getränke, ebenso wie Thee und Kaffee, werden entweder ganz verboten oder nur in kleinen Mengen und in schwachen Lösungen zugelassen. Neben diese Vorschriften tritt in der Regel die Verordnung irgend eines schwachen alkalischen Säuerlings, in der Menge von 1—2 Krügen am Tage. Häufig werden diese Verordnungen zu ordentlichen Trinkcuren an beliebten Curorten erweitert.

Bei der chronischen Schrumpfniere wird bei Weitem nicht solches Gewicht auf die absolute Beschränkung der Eiweisskost wie bei der acuten Nephritis und bei den schwereren Formen der chronisch-parenchymatösen Nephritis gelegt. Berechnet man das, was an Milch, Eiern, Fleisch und Vegetabilien gestattet wird, so kommen Eiweissmengen heraus, die eher über als unter 100 g am Tage liegen und keineswegs als gering zu bezeichnen sind. Es ist durchaus üblich geworden, den Kranken mit Schrumpfniere nur das weisse Fleisch von Fischen, Vögeln, Kälbern zu gestatten. Dieser Brauch ist vielfach zu einem Missbrauch geworden, der in nicht seltenen Fällen schädliche Folgen hat. Denn viele Patienten, die diese Verordnung gewissenhaft erfüllen, bekommen mit der Zeit einen solchen Widerwillen gegen

das weisse Fleisch, dass sie den Fleischconsum überhaupt auf das geringste Mass einschränken; die Eiweisszufuhr sinkt immer mehr, und weil in der Folge auch die Esslust im Allgemeinen und die ganze Nahrungsaufnahme sich vermindert, kommt es zu Ernährungsstörungen und Schwinden der Kräfte. Mit der Rückkehr zu einer abwechslungsreichen gemischten Fleischkost in solchen Fällen steigt die Esslust und die gesunkenen Kräfte heben sich. Vf. hat in der gesammten Literatur nicht eine einzige exacte klinisch-experimentelle Begründung dafür gefunden, wohl aber hypothetische Behauptungen über den grösseren Gehalt des braunen Fleisches an nierenreizenden Stoffen, speciell an N-haltigen Extractivstoffen. Aber die Lehrbücher der physiologischen Chemie verzeichnen die höchsten Kreatinwerthe gerade bei dem weissen Fleische der Hühner und der Kaninchen. Der wesentliche Unterschied zwischen weissem und braunem Fleische beruht in dem Gehalte an Farbstoff, dessen chemische Constitution noch gar nicht genau bekannt ist, den zu den schädlichen Stoffen zu rechnen wir gar keinen Grund haben. Eine Patientin mit chronisch-parenchymatöser Nephritis schied in einer fünftägigen Periode bei täglichem Genuss von $^1/_2$ Pfund Hühnerfleisch genau die gleiche Menge Stickstoff und eher ein klein wenig mehr Albumin aus, als in einer folgenden fünftägigen Periode, in der sie statt des Geflügels Ochsenfleisch gleichen N-Gehaltes bekam.

Ueber die Frage, wie man bei Schrumpfniere die Getränkezufuhr regeln soll, äussert sich Vf. folgendermassen. Sehr häufig kann den Patienten mit Schrumpfniere durch Beschränkung des Flüssigkeitsconsums auf $^5/_4$—$^3/_2$ Liter am Tage ausserordentlich genützt werden. Die günstigste Wirkung hat die Flüssigkeitsbeschränkung in den vorgerückten Stadien der Schrumpfniere, in denen bereits herzasthmatische Anfälle auftreten und die objective Untersuchung neben der Hypertrophie des linken Ventrikels eine beträchtliche Dilatation des Herzens nachweist. Wenn bei chronischer Schrumpfniere in den Stadien der Gefahr, d. h. wenn das Herz zu erlahmen droht, die Flüssigkeitsbeschränkung sich nützlich erweist, so liegt darin eine Aufforderung, das gleiche Verfahren schon früher, so lange die Patienten noch beschwerdefrei sind, prophylaktisch in Anwendung zu bringen und dadurch mindestens eine der Schädlichkeiten auszuschalten, die einen schlimmen Ausgang der Krankheit vor-

bereiten. In diesen früheren Stadien ist der Erfolg der Verordnung nicht so sinnfällig. Das Beste, was da erreicht werden kann, ist die Erhaltung des status quo. Auch zu dieser Zeit kann durch Flüssigkeitsbeschränkung ein positiver Nutzen geleistet werden.

In den früheren Stadien der Schrumpfniere, d. h. so lange die Nierenkrankheit durch die Herzhypertropie noch gut compensirt ist, bringen grosse Flüssigkeitsmengen keinen unmittelbar sichtbaren Nachtheil; das ist genau so wie bei den Herzkranken; das Verbot der Flüssigkeitsüberschwemmung hat zu dieser Zeit nur die Bedeutung einer Versicherung für die Zukunft. Vf. hat aber in einigen Fällen gesehen, dass grosse und ungewohnte Flüssigkeitsmengen Patienten mit Schrumpfniere, die sich bis dahin einer noch ungeschwächten Herzkraft zu erfreuen schienen, unmittelbaren Nachtheil brachten, Herzdehnung und Herzschwäche hervorrufend.

Vf. meint, dass Patienten mit Schrumpfniere, wenn man sie in Badeorte schicken will, viel grösseren Vortheil von den kohlensauren Bädern Nauheims, Kissingens, Homburgs etc. und von den anderen dort üblichen herztrainirenden Massnahmen haben, als wenn man die recht zweifelhafte Hilfe der alkalischen Trinkquellen anruft. Die Beschränkung der Flüssigkeit auf circa $^5/_4$ bis $^3/_2$ l stösst bei Schrumpfnierenkrankheiten in der Praxis oft auf grosse Schwierigkeiten und ist technisch viel schwerer durchzuführen, als bei Herzkranken und bei Fettleibigen. Man hat viel mehr als dort mit dem Durstgefühl der Patienten zu kämpfen und hat viel grössere Mühe, neben der relativ geringen Flüssigkeit die Aufnahme genügender Mengen anderer Nahrung zu sichern.

Die Untersuchungen des Vfs. über die Frage, inwieweit die Elimination der Stoffwechselendproducte bei Schrumpfniere von der Wasserzufuhr abhängig ist, ergaben, dass bei Schrumpfnierenkranken weder im Stadium relativer Euphorie noch in dem Stadium beginnender Herzschwäche und beginnender urämischer Erscheinungen die Elimination der wichtigsten Stoffwechselproducte durch Herabsetzung der Flüssigkeit auf circa $^5/_4$ l täglich irgendwie beeinträchtigt wird. Die Eiweissausscheidung ward, der absoluten Menge nach, durch Vermehrung oder Verminderung der Flüssigkeitszufuhr nicht wesentlich beeinflusst. Der Procentgehalt an Eiweiss stieg, wenn unter geringerer Flüssigkeitszufuhr die Harnmenge sank.

Vfs. klinisch-experimentelle Untersuchungen wie auch die klinisch-therapeutischen Beobachtungen erstrecken sich nicht nur auf die Schrumpfniere, sondern auch in ausgedehnterem Masse auf die chronisch-parenchymatöse Nephritis und sogar auf die acute Nephritis. Auch bei diesen Formen der Nephritis ist es unter Umständen von grossem Gewinne für die Kranken von dem üblichen Schema des reichlichen Wassertrinkens abzugehen. — (Therap. d. Gegenw. Nr. 3, 1899.)

Ueber die im Zusammenhange mit acuten Infectionskrankheiten auftretenden Geistesstörungen. Von Dr. Karl v. Molnár. (Heilanstalt für Nerven- und Geisteskranke des Doc. Dr. Otto Schwartzer v. Babarcz in Budapest.)

Der Erfahrung gemäss geben bei 4—5% der Geistesstörungen das ätiologische Moment die acuten Infectionskrankheiten ab. Die auf diese Art entstandenen Geistesstörungen bilden indes keine abgesonderte Krankheitsform; es ist jedoch bemerkenswerth, dass im Zusammenhange mit gewissen Infectionskrankheiten einzelne Formen von Geisteskrankheiten öfters vorkommen; so bei der Lungenentzündung und dem acuten Ekzem die Formen von Manie, bei Typhus, acutem Gelenksrheumatismus und Influenza die melancholischen Zustände. Die im Zusammenhange mit acuten Infectionskrankheiten auftretenden Geistesstörungen können sich im Anfangsstadium als Delirien entwickeln, was charakterisirt ist durch Bewusstlosigkeit, peinliches Angstgefühl, sehr unangenehme, oft schreckhafte Illusionen und Hallucinationen, zuweilen auch Tobsucht; auf dem Höhepunkte des Fiebers durch stark getrübtes Bewusstsein, Sinnestäuschungen, maniakalische Erregungen und Depressionszustände; weiters bei plötzlichem Abfall des Fiebers als Collapsdelirium (verwirrtes, wüstes Phantasiren, trübes Bewusstsein, lebhaften Stimmungswechsel, hochgradige Unruhe) und endlich im Stadium der Reconvalescenz Abgespanntheit des Gehirns, infolge Blutarmuth, Melancholie, Manie, acute hallucinatorische Verwirrtheit, acuter Blödsinn in der Form von tief stuporösem Zustande. Am häufigsten werden derartige Psychosen bei Typhus und Influenza beobachtet. Die Erfahrung lehrt, dass der Ausbruch der Geisteskrankheit unabhängig ist vom Grade der Infection und Temperaturhöhe und aus diesem Grunde spielt die hereditäre und erworbene individuelle Disposition hier eine grosse Rolle. Die auf dem Höhepunkte des Fiebers, nach Abfall der Temperatur und die während der Re-

convalescenz entstehenden Psychosen haben in der Mehrzahl der Fälle einen günstigen Verlauf; die Ersteren schwinden oft in einigen Stunden, Tagen oder Wochen, während die im letzterwähnten Stadium sich entwickelnden oft auch durch Monate andauern, bisweilen nicht ganz ausheilen oder in Blödsinn übergehen. Die acuten Delirien führen oft zum Tode. Diese Psychosen können ebensowohl bei Erwachsenen, als auch bei Kindern vorkommen, bei Letzteren sind jedoch die Fieberdelirien häufiger. Vf. theilt 3 selbstbeobachtete Fälle mit, in welchen in der Reconvalescenzperiode des Typhus (2) und während Malaria (1) Geistesstörungen aufgetreten sind.

Die Behandlung der im Zusammenhange mit Infectionskrankheiten auftretenden Psychosen beansprucht die Beobachtung vielfacher Momente. So lange das Fieber andauert, Antipyretica und kalte Einpackungen; bei Congestionen kalte Umschläge auf den Kopf und innerlich Extractum secalis cornuti. Sehr beruhigend wirken Bromsalze, Sulfonal, Paraldehyd, Chloralhydrat; hingegen konnte Vf. die gleiche beruhigende Wirkung bei Darreichung von Hyosciamus und Morphium nicht constatiren; selbe bewirkten vielmehr in einzelnen Fällen die Symptome von Collaps. Bei anämischen Zuständen und hauptsächlich im Stadium der Reconvalescenz ist die grösste Aufmerksamkeit auf kräftigende gute Nahrung zu wenden; Fleisch, Eier, Milch, Cacao, Wein, Cognac, eventuell Champagner. Ferner manchmal leichte Massage oder Faradisirung, laue Bäder mit kühlen Begiessungen und Eisenpräparate. — (Wien. klin. Rundschau. Nr. 19, 1899.)

Erfahrungen und Beobachtungen über Sanose, ein Eiweisspräparat aus Caseïn und Albumose. Von Dr. Biesenthal.

Die Sanose ist ein Milcheiweisspräparat aus vier Theilen absolut reinen Caseïns und einem Theil reiner Albumose. Die Sanose ist ein trockenes Pulver. Das Aussehen entspricht einem ganz fein gemahlenen Weizenmehl. Der Geruch erinnert an Milch, der Geschmack ist süss-säuerlich. Geruch und Geschmack verschwinden, sobald man die Sanose mit Wasser oder Milch auflöst, sie verdünnt oder sie verbackt, bezw. zu Zuthaten zu irgend welchen Speisen verwendet. Die Sanose darf nie unmittelbar in kochende Speisen oder Flüssigkeiten geschüttet werden, sondern ist zunächst mit kalter, besser noch lauwarmer Flüssigkeit (Wasser, Milch u. s. w.) zu einem gleichmässigen dünnen Brei anzurühren, worauf man sie zum Kochen

erhitzt. Die milchige Flüssigkeit setzt man dann der Speise oder dem Getränk unter Umrühren zu und kocht das Ganze nochmals auf. Die Tagesmenge bei Sanose richtet sich nach der Krankheit, dem Alter. Nützlich ist eine Menge von 15—50 g, zu 2 bis 6 Esslöffel. Die Menge lässt sich bei Uebererernährung erheblich steigern. Auf Grund der Untersuchungen und Erfahrungen fasst Vf. sein Urtheil über die Sanose dahin zusammen: 1. Die Sanose, in ihrer Zusammensetzung aus Caseïn und Albumose, entspricht durch ihre Bekömmlichkeit, durch ihre alle bekannten Eiweissmittel übertreffende Ausnutzungsfähigkeit, durch ihre das Eiweiss aufbauenden Eigenschaften und durch ihre Verwendbarkeit für jede Art von Speisen und Getränken den höchsten Anforderungen, die an ein künstliches Nährpräparat zu stellen sind. 2. Die Sanose ist nahezu in allen Krankheiten, Schwäche- und Genesungszuständen als vorzügliches diätetisches Mittel anwendbar. 3. Die Sanose ist auch für Gesunde als Conserve für Kriegszwecke, Märsche, Reisen, Schiffsproviant und dergleichen durch ihren hohen Eiweissgehalt vorzüglich zu Ernährungszwecken geeignet. — (Therap. Monatsh. Nr. 45, 1899.)

Ueber nervöse Schlaflosigkeit und deren Behandlung. Von H. Wunderlich.

Die nervöse Schlaflosigkeit stellt eine der schwerwiegendsten und häufigsten Theilerscheinungen der allgemeinen Neurasthenie dar. Es sind im Ganzen zwei Unterabtheilungen streng aus einander zu halten: Die Störungen der Schlaftiefe und die Störungen der Schlafdauer. Den Typus der Ersteren bildet der neurasthenische Halbschlaf. Der Schlaf geht gar nicht oder höchstens für 2—3 Stunden über einen gewissen Dämmerzustand hinaus, aus welchem die Kranken durch die leichtesten Sinneseindrücke jederzeit zum vollen Wachzustand erweckt werden. Der neurasthenische Halbschlaf stellt nicht die häufigste Form der nervösen Schlaflosigkeit dar. Wesentlich häufiger handelt es sich um Störungen in der Dauer des Schlafes. Diese charakterisiren sich durch zwei Formen: 1. Das erschwerte Einschlafen und 2. den unterbrochenen Schlaf.

Im kindlichen Alter ist die Schlaflosigkeit eine seltene Erscheinung. Zur Beobachtung kommen auch hier das erschwerte Einschlafen, der unterbrochene Schlaf und der sogenannte unruhige Schlaf. Bei den Greisen findet sich am häufigsten der Typus, dass dieselben Abends sehr zeitig müde werden, auch

mehr oder weniger rasch einschlafen, dass sie aber früh erwachen, um dann überhaupt nicht mehr einschlafen zu können. Die Bedeutung der quantitativen Schlafstörungen ist für den Kranken eine viel weniger einschneidende, als diejenige des neurasthenischen Halbschlafes; denn sowohl derjenige, welcher schwerer einschläft, als der, welcher an unterbrochenem Schlaf leidet, erfreut sich eines wenn auch kurzen, aber erquickenden Schlafes, während im Halbschlafe zu keiner Zeit oder höchstens für ganz kurze Zeiteinheiten eine Schlaftiefe erreicht wird, welche die Vorbedingung jenes Erquickungs- und Stärkungsgefühles ist, welches den gesunden Schläfer beim Erwachen beglückt. Der neurasthenische Halbschlaf entwickelt sich meist erst aus einer der beiden Unterarten der quantitativen Schlafstörungen; nur selten tritt er primär in die Erscheinung. Demgemäss ist auch die Prognose desselben eine erheblich ernstere.

Die Behandlung der nervösen Schlaflosigkeit fällt, da diese fast ausschliesslich eine Theilerscheinung der allgemeinen Neurasthenie ist, mit der Allgemeinbehandlung des Grundleidens zusammen. Ruhe, forcirte Ernährung und leichte, der jeweiligen Reizempfindlichkeit des Individuums angepasste thermische, elektrische und mechanische Reize, arzneiliche Mittel wie Brom, Arsenik, Eisen, Chinin, Strychnin und die phosphorsauren Salze. Auch für die Behandlung der nervösen Schlaflosigkeit ist Ruhe die erste Bedingung. Gänzliche Enthaltung von Berufsgeschäften und Wechsel des Aufenthaltsortes, am besten durch Uebersiedlung in eine Nervenheilanstalt oder in leichteren Fällen in einen klimatischen Curort. Höhenlagen über 1000 m, wie windiges Küstenklima sollen vermieden werden, weil beide die Dauer wie die Tiefe des Schlafes selbst bei gesunden Personen herabsetzen. Forcirte Märsche sind ebenso wie alle körperlichen und geistigen Anstrengungen zu vermeiden. Ein gewisses Mass von Bewegung, das den Patienten nicht ermüdet, ist anzurathen. Strengstens zu vermeiden sind alle conventionellen Gesellschaften, jede geistige Thätigkeit, lebhafte Debatten, Hazardspiele nach dem Abendessen; nur leichte Lectüre, leichte Kartenspiele und andere nicht erregende Spiele sind gestattet. Für viele Patienten wirkt ein kurzer Gang in frischer Luft unmittelbar vor dem Schlafengehen ungemein beruhigend. Schlechte Schläfer sollen kalt schlafen, wo möglich bei einem mehr oder weniger geöffneten Fenster.

Die Ernährung soll tagsüber eine so reichliche sein, dass eine Hebung des allgemeinen Ernährungszustandes erzielt werden kann. Das Abendessen mindestens drei Stunden vor dem Zubettegehen; alle erregenden, schwerverdaulichen und blähenden Speisen sind streng verboten. Unmittelbar vor dem Schlafengehen ist die Zufuhr eines geringen Quantums leichtverdaulicher Nahrung wie Milch mit Zwieback, Hafergrütze, ein belegtes Brötchen mit einem Glase leichten Bieres nicht condraindicirt. Nur grössere Flüssigkeitsmengen sind wegen der dadurch bedingten Polyurie nicht statthaft. Thee, Kaffee, starke Alkoholica, sowie Rauchen am Abend sind von den an Schlaflosigkeit Leidenden zu meiden. Ein kurzer Schlaf nach dem Mittagessen verdirbt nicht den Nachtschlaf; einem unmittelbar nach dem Abendessen sich einstellenden Schlafbedürfniss ist ohne Bedenken nachzugeben, da jedes erreichbare Quantum an Schlaf für den Schlaflosen von grosser Bedeutung ist.

Störungen des Magens oder Darmcanals ist die eingehendste Aufmerksamkeit zu schenken; ebenso den Erkrankungen der Circulationsorgane. Bei Arteriosklerose mit Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels hat sich die methodische Darreichung von Jodiden auf das Beste bewährt. Vf. bezeichnet geradezu das Jodnatrium (eventuell in Verbindung mit Bromnatrium) als directes Schlafmittel für jene Fälle von Schlaflosigkeit, welche durch Anfälle von Herzklopfen mit dem Bilde des Pulsus magnus et durus bedingt sind.

Störungen des Schlafes durch schmerzhaften Priapismus, durch Pollutionen mit oder ohne Ejaculationen, sowie schmerzhafte Empfindungen in der Urogenitalsphäre sind nach den für die sexuelle Neurasthenie geltenden Indicationen zu behandeln.

Neben diesen allgemeinen Verhaltungsmassregeln kommen für die verschiedenen klinischen Formen auch verschiedene weitere Verfahren in Betracht. Am einfachsten liegen die Verhältnisse bei der Schlaflosigkeit der Kinder. Für die rein nervösen Formen der Schlaflosigkeit der Kinder ist die einfache kalte Wickel in Form eines Stammumschlages das souveräne Mittel. Vor der anzulegenden Wickel muss der Körper des Kindes allseitig warm sein, bei kalten Füssen schickt man der Wickel ein warmes Fussbad von 37° C. und 5—10 Minuten Dauer voraus. Diese kalten Wickelungen sind nach Bedarf im Laufe der Nacht zu wiederholen. Von inneren Mitteln Brom und

Antipyrin, Letzteres besonders in acut fieberhaften Krankheiten, aber auch bei afebrilen Erregungszuständen der sensiblen wie der motorischen Sphäre, besonders bei Chorea. Die eigentlichen Hypnotica sind in der Kinderpraxis ganz zu entbehren.

Die Verhältnisse bei der Schlaflosigkeit der Greise sind wesentlich schwieriger. Diesen ist im Allgemeinen zu empfehlen, sofort nach dem Erwachen etwas Nahrung zu sich zu nehmen, eventuell mit einer kleinen Gabe alkoholhaltigen Getränkes. Einige Tropfen Aq. amygdal. amar. Brom unmittelbar vor Zubettgehen, da seine Wirkung erst nach 2—3 Stunden auf die Höhe kommt. Sulfonal, Trional und namentlich Chloralhydrat sind contraindicirt, da sie den Blutdruck herabsetzen und Letzteres ausserdem die Blutfülle im Gehirn vermehrt. Lauwarme Regenbäder von 35—30° C. und 20—30 Secunden Dauer am Tage oder lauwarme Vollbäder 35—32° und 5—10 Minuten Dauer Abends vor dem Schlafengehen.

Die Behandlung des neurasthenischen Halbschlafes ist in erster Linie durch die Bekämpfung der allgemeinen Neurasthenie bedingt. Neben der Ruhe, forcirten Ernährung, vor Allem diejenigen Methoden der Hydrotherapie und Massage, welche geeignet sind, zur Beruhigung und Kräftigung des Nervensystems beizutragen. (Schluss folgt.)

Chirurgie.

Ueber holzharte Entzündung des Bindegewebes. (Phlegmon ligneux Reclus). Von Dr. L. Krause.

Reclus war der Erste, welcher vor einigen Jahren auf eine seltsame Form von Entzündung des Bindegewebes aufmerksam machte, die in ihrer Entstehung, ihrem Verlaufe, besonders aber in gewissen charakteristischen Erscheinungen, von den gewöhnlichen stark abweicht. Der Process findet hauptsächlich an der Halsgegend statt und geht sehr langsam vor sich. Er dauert wochen-, monate-, ja sogar ein Jahr lang. Die Entzündung schreitet fieberlos und ohne irgend bemerkenswerthe Allgemeinerscheinungen vor. Die gewöhnlichen Erscheinungen der acuten, eitrigen Entzündung fehlen gänzlich, oder sie sind sehr schwach ausgesprochen. Die Haut bleibt unverändert oder wird nur dann röthlich gefärbt, wenn sie infolge der Annäherung des Entzündungsprocesses an die Oberfläche mit dem unter ihr liegenden

Gewebe zusammenwächst. Erhöhtes Wärmegefühl wie Schmerzen fehlen gleichfalls fast immer. Die ungewöhnlich widerstandsfähige Geschwulst, welche an Cancer en cuirasse erinnert, bleibt lange unverändert und es vergehen oft Wochen, ehe die Eiterung zum Vorschein kommt.

Seltener als am Halse ist sie an anderen Körperstellen beobachtet worden. Die Aetiologie ist noch dunkel. Gefahren für den Patienten gewährt diese Form von Entzündung nicht. Der Patient fühlt nur grössere oder kleinere Beschwerden in den Organen, die in der Nähe der Geschwulst liegen, und auf welche diese einen gewissen Druck ausübt.

Die Heilung ist ausserordentlich langwierig. Trotz Entstehung und Eröffnung der Abscesse, ja trotz der Heilung derselben, kann der Process sich ausdehnen. Deshalb muss man manchmal die Infiltrate der Gewebe an einigen Stellen tief einschneiden, mitunter auch eine specifische Behandlung einleiten, wie im Falle Reclus durch die Injection von antidiphtherischem Serum. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 17, 1899.)

Formalin als Heilmittel chirurgischer Tuberculose. Von Dr. Joh. Hahn.

Für die Behandlung eignet sich in erster Linie die Tuberculose der Gelenke, besonders wenn sie zur Eiterung gekommen, aber noch nicht aufgebrochen sind, dann Abscesse, Senkungsabscesse, sowie das tuberculöse Empyem der Pleura.

Die Abscesshöhle wird mit einer Aspirationsspritze entleert und durch mehrfaches Ausspritzen von Borwasser und folgendes Ansaugen der Flüssigkeit mit der Spritze von dem tuberculösen Eiter gereinigt, möglichst, ohne dass es blutet. Dann wird gewöhnlich $^1/_8$—$^1/_4$ des Quantums des aspirirten Eiters an Formalinlösung (1 Theil Formalin auf 99 Theile Glycerin) eingespritzt. Ruhigstellung des Gliedes. Gewöhnlich folgt fieberhafte Reaction mit Schmerzen und Exsudat, verliert sich nach einigen Tagen. Nach etwa 14 Tagen empfiehlt es sich, eine zweite, eventuell noch weitere Injectionen folgen zu lassen. Das Verfahren soll der Injection von Jodoform-Glycerin überlegen sein. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 24, 1899.)

Ueber Fracturen der Metatarsalknochen durch indirecte Gewalt (die Ursache der sogenannten Fussgeschwulst). Von Dr. Thiele.

Man versteht unter Fussgeschwulst eine vorwiegend (aber durchaus nicht ausschliesslich) bei Soldaten, besonders nach

längeren Märschen bei stärkster Belastung des Körpers, fast ausnahmslos einseitig auftretende Anschwellung der Mittelfussgegend. Die Schwellung hat die Form eines flachen Kegels, die Kuppe liegt meist über dem zweiten oder dritten Mittelfussknochen, ist sehr prall, der Fingerdruck hinterlässt keine, oder nur andeutungsweise eine Delle. Die Strecksehnen sind verdeckt. Bei ganz frischen Fällen (bis etwa zum fünften Tage nach dem Entstehen) lassen sich vielfach die Zeichen eines Blutergusses nachweisen. Die betreffende Partie ist wärmer. Wenn die mit der Affection Belasteten noch längere Zeit fortmarschirt sind, so pflegt auch Röthung und Oedem nicht zu fehlen. Durch Palpiren lässt sich immer eine umschriebene, sehr schmerzhafte Stelle über einem Mittelfussknochen auffinden. So uniform nun dieses Leiden seit der ersten bekannten Veröffentlichung durch Breithaupt 1855 auch beschrieben wurde, so verschieden wurde es gedeutet.

Th. kam nun zu folgendem Ergebnisse: Der sogenannten Fussgeschwulst, wenn sie wie oben definirt wird, liegt immer ein Bruch oder wenigstens eine Infraction eines Metatarsalknochens zu Grunde. Die Brüche der Metatarsalknochen durch indirecte Gewalt sind demnach sehr viel häufiger, als man bisher auf Grund der in den Lehrbüchern vertretenen Anschauung annahm.

Die Behandlung muss in Bettruhe bestehen, welche so lange beizubehalten ist, bis die entstandene Callusbildung auf Druck nicht mehr empfindlich ist. Bei stärkerer Weichtheilschwellung beseitigt mässige Hochlagerung und esigsaure Thonerde rasch die spontanen Schmerzen. Fixirende, namentlich Gipsverbände sind nicht nur unnöthig, weil die gesunden Metatarsalknochen dem gebrochenen als Schiene dienen und weil der Bandapparat zwischen den Knochen eine nennenswerthe Deviation der Bruchenden überhaupt nicht gestattet, sie können sogar schädlich wirken dadurch, dass sie das Fussgelenk für längere Zeit feststellen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10, 1899.)

Beiträge zur Osteomyelitis, mit besonderer Berücksichtigung der Therapie. Von Dr. P. Roeseler.

Die meisten Fälle kamen in den beiden ersten Wochen der Krankheit zur Behandlung. Die operative Behandlung bestand nur in 7 Fällen zunächst in ausgiebiger Incision der Weichtheilabscesse bis auf den Knochen. In der überwiegenden

Mehrzahl der Fälle wurde sofort die Aufmeisselung des erkrankten Knochens vorgenommen.

Die Technik der Operation gestaltete sich bei der Erkrankung des Femur, des am häufigsten erkrankten, aber am schwersten erreichbaren Knochens, wie folgt. Es wurde mit einem ungefähr 8—15 cm langen Schnitte an der Innenseite des Oberschenkels, u. zw. an seinem unteren Abschnitte (da die Erkrankung immer das distale Ende betraf) entsprechend dem oberen Rande des M. sartorius Haut und Fascie durchtrennt, dann zwischen Vastus internus und Adductoren, häufig vom Eiter geleitet, in die Tiefe gegangen, wobei die Art. femoralis immer leicht geschont werden konnte.

Eine Freilegung des Knochens von der Aussenseite würde wegen der starken und äusserst straff gespannten Fascie, welche das Eindringen und das Offenhalten der Wunde sehr erschwert, weniger zweckmässig sein. In sämmtlichen Fällen fand man das Periost in grosser Ausdehnung vom Knochen abgehoben und ungefähr dieser Ablösung entsprechend wurde das Femur aufgemeisselt, u. zw. mit Rücksicht auf die spätere Sequestrotomie und die dabei nöthig werdende passende Anlegung der Weichtheile, an der inneren und hinteren Fläche. Darauf wurde das Knochenmark, so weit es eitrig infiltrirt gefunden wurde, ausgelöffelt.

Eine Erkrankung des benachbarten Gelenkes, bestehend in einem mässigen serösen Ergusse, der von selbst wieder schwand, wurde wiederholt beobachtet, in einigen Fällen jedoch musste sofort oder bald nach der Operation wegen Vereiterung des Gelenkes eine breite Eröffnung desselben vorgenommen werden. Die Erkrankung des benachbarten Gelenkes gilt mit Recht für eine gefährliche und das spätere functionelle Resultat sehr ungünstig beeinflussende Complication.

Metastatische Gelenkvereiterungen wurden in einigen wenigen Fällen beobachtet.

Zur Beurtheilung der Frage über die Wirkung des ersten operativen Eingriffes ergibt sich aus R.'s Fällen: Eine Metastase in einem anderen Knochen ist bei den 16 primär aufgemeisselten niemals eingetreten. Metastatische Gelenkvereiterungen liessen sich jedoch in 3 Fällen, bei denen bereits bei der Aufnahme Pyämie constatirt war, auch durch die radicale Beseitigung des Knochenherdes nicht mehr verhindern.

Bei den zunächst nur mit Incision behandelten 7 Fällen dagegen finden wir fünfmal Metastasen oder Vereiterungen des benachbarten Gelenkes.

In Betreff der Temperaturverhältnisse nach der Operation lässt sich mit sofortiger Aufmeisselung doch in der Mehrzahl der Fälle ein schneller Abfall constatiren, mit Ausnahme der schwer Pyämischen. Bei den zunächst nur Incidirten musste jedoch mehrfach wegen andauernd hohen Fiebers die Eröffnung der Markhöhle nachgeholt werden.

Die Frage der Vermeidung späterer Nekrotomien durch frühzeitige Aufmeisselung lässt sich allerdings im Grossen und Ganzen verneinen. Jedoch waren die Sequester durchwegs von geringer Grösse.

Im Allgemeinen haben sich bei frühzeitiger Aufmeisselung Metastasen in anderen, Recidive in demselben Knochen und Complicationen mit Vereiterung des benachbarten Gelenkes, welche bei blosser primärer Incision relativ häufig auftraten, immer vermeiden lassen, ferner hat sich ein günstiger Einfluss der primären Aufmeisselung auf die Entfieberung und die Ausdehnung der Nekrose entschieden feststellen lassen.

Die Besprechung der im chronischen Stadium in Behandlung genommenen Osteomyelitiden bietet nichts wesentlich Neues. — (Volkm. Sammlung klin. Vorträge. Nr. 243.)

Ein operirter Fall von beiderseits fehlendem Radius. Von Dr. v. Bardeleben.

Doppelseitige Klumphand infolge des Radiusdefectes. Die Operation links wurde im 9., die Operation rechts im 17. Lebensmonate des Kindes ausgeführt. Nach ulnarem Längsschnitte am distalen Gelenkende der Ulna wurde nicht nur diese, sondern durch forcirte Luxation auch der Carpus nach der medialen Seite freigelegt. Sodann wurde durch Spaltung der Ulna in ihrer Längsachse eine Gabel gebildet, in welche nun der Carpus hineingelegt wurde. Fixation der Gabelenden durch Seidensuturen. Starrer Verband. Glatte Heilung.

Das Resultat der beiderseitigen Osteoplastik ist ein absolut zufriedenstellendes. Das jetzt 3 Jahre 2 Monate alte Kind hat zwei gebrauchsfähige Hände erhalten.

Wünschenswerth aber ist, derartige operative Eingriffe früh (im ersten Lebensjahre) zu machen, weil dann die Musculatur nicht atrophisch wird und (wenn auch das Wachsthum bei

congenitaler Defectbildung immer zurück bleibt) doch bei jedem Wachsthume die durch das Fehlen des lateral die Hand stützenden Knochens fortschreitende Verkrümmung der Ulna und damit die seitliche Verschiebung der Hand sicher zunimmt. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14, 1899.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Zur Klinik der Gebärmutterpolypen. Von Dr. B. C. Hirst.

Man betrachtet die polypösen Tumoren der Gebärmutter als leicht diagnosticirbar und hält deren Behandlung für sehr einfach. Vf. gibt aus den letzten achtzehn Monaten seiner Praxis eine kleine Sammlung bezüglicher Beobachtungen.

1. Vollkommen myxomatöse Degeneration eines grossen submucösen Myoms bei einer 35jährigen Nullipara. Die Geschwulst machte bei der Untersuchung zunächst den Eindruck eines gewöhnlichen, symmetrisch gewachsenen, anscheinend den ganzen Uterus einnehmenden Myoms, das dem Körper der Gebärmutter entsprang. Zur Entfernung musste die abdominale Hysterektomie gemacht werden. Die genaue Untersuchung ergab, dass die ganze Geschwulst myxomatös degenerirt war — ein jedenfalls seltener, vielleicht einziger Befund; sowie dass es sich um polypartig in die Gebärmutterhöhle hineinragendes Myom handle.

2. Gangrän eines fibromyomatösen Polyps bei einer gleichfalls 35jährigen Patientin, die seit 9 Monaten an Blutungen und Schmerzen litt. Von anderer Seite wurde ein bösartiger Neoplasma angenommen. Die genaue Untersuchung ergab jedoch, dass die gangränöse polypöse Geschwulst die Gebärmutter völlig invertirt, umgestülpt hat. Es wurde zunächst die Geschwulst abgetragen, dann die Gebärmutter wieder in ihre normale Lage gebracht, was leicht gelang.

3. Ein myomatöser Polyp, dem unteren Uterinsegmente entspringend. Es musste die Enucleation ausgeführt werden, und an der entfernten Geschwulst ergab sich eine maligne Degeneration der distalen Peripherie. In diesem Falle wäre eine vaginale Hysterektomie wegen veralteter entzündlicher Infiltrationen und straffer Adhäsionen zu schwierig und unsicher gewesen.

4. Ein intrauteriner Polyp bei einer 64jährigen Frau, bei welcher sich die Geschwulst erst lange nach dem Klimakterium entwickelt hatte. Auch hier täuschte dies Gewächs eine maligne

Erkrankung vor. Die Scheide war völlig invertirt, die supravaginale Portion des Gebärmutterhalses enorm verlängert. Weder die Untersuchung mit der Sonde, noch mit Cürette und der Cüretezange liess den platt der Wand anliegenden Polyp auffinden. Es musste die combinirte abdominale und vaginale Hysterektomie, mit Anheftung der Scheide an die Bauchwand ausgeführt werden.

Endlich theilt Vf. noch zwei Fälle von uterinen Polypen mit, einen myomatösen und einen mucösen, die Anlass gaben zu profusen und andauernden Blutungen. Sie machten der Diagnose grosse Schwierigkeiten. Durch ihre Entfernung waren die Kranken sofort dauernd geheilt. — (Amer. Journ. of obstetr. April, 1899.) H.

Eine geeignete Technik für die Entwicklung des nachfolgenden Kopfes bei Missverhältniss. Von Dr. Frank A. Stahl.

In einem Falle mit bedeutendem Hydrocephalus des Kindes und daraus resultirendem argen Missverhältniss zwischen Kindeskopf und Becken musste der Vf. ohne geburtshilfliches Instrumentarium die Geburt beendigen. Das Verfahren bestand in Folgendem: Bei seiner Ankunft fand er die Gebärende in heftigen Wehen. Ihre erste Entbindung wurde mit der Zange beendet, doch bestand damals kein Missverhältniss zwischen Kopf und Becken. Bei der jetzigen Geburt lag der Steiss vor. Der Muttermund war auf 5 cm erweitert. Während der Vorbereitung zur Untersuchung ging die Kreissende umher. Plötzlich wurde mit einer Drangwehe der Rumpf des Kindes geboren.

Zu Bett gebracht, bemerkte die Frau den Abgang ungewöhnlich vielen Fruchtwassers. Trotzdem die Frucht keine abnorme Grösse nach dem Rumpfe zu urtheilen annehmen liess, stockte die weitere Geburt. Bei der neuerlichen Untersuchung fand sich als Geburtshinderniss ein bedeutender Hydrocephalus.

Unter Chloroformnarkose wurde mit einer stumpfspitzigen gewöhnlichen Taschenscheere nach Entwicklung der Arme der Hals knapp am Introitus durchtrennt. Hierauf gelang es nach wiederholtem Versuche den Kopf in die Scheitellage zu bringen. Mit der Scheere wurde nun die Kopfhaut perforirt, der Zeigefinger unter einem abströmenden Guss von hydrocephalischer Flüssigkeit in den Schädelraum eingeführt, das Hirn möglichst entfernt und nun durch fortgesetzten Zug an der Kopfhaut unter allmäliger Drehung der Kindeskopf entwickelt.

Dies gelang ohne weitere Schwierigkeit. Die Frau machte ein normales Wochenbett durch, nur am vierten Tage war bei starker Füllung der Brüste leichte Erhöhung der Temperatur zu constatiren.

Vf. unterzieht sein Verfahren einem Vergleich mit allen anderen bisher empfohlenen Methoden und kommt zu dem Schluss, dass sein Verfahren manche Vortheile gegenüber den anderen aufweist: Es übertrifft sie im Resultat, es eignet sich für den Allgemeinpraxis treibenden Geburtshelfer, es ist leicht auszuführen; die Technik ist möglichst einfach und erfordert keine weitere Assistenz, sie kann sofort in Anwendung kommen. — (Amer. Journ. of obstetr. April, 1899.) H.

Die Behandlung der Myome. Von Prof. P. Zweifel.

Gegen die profusen immer wiederkehrenden Blutungen bei Myomen ist von keinem innerlichen Medicament ein dauernder Erfolg zu erhoffen. Die früher geübten intrauterinen Injectionen von Liquor ferri sesquichlorati sind kaum weniger gefährlich, als die Myomektomie. Chlorzinkätzungen beschränken allenfalls die Hypersecretion, gegen die Blutung sind sie weniger wirksam. Die Ausschabung der Gebärmutterschleimhaut ist gefährlich.

Auch die Elektricität erweist sich gegen die Myomblutungen höchstens auf einige Monate nützlich; alle Verkleinerungen der Tumoren durch die elektrische Behandlung sind ohne dauernden Bestand. Kein Arzneimittel hilft gegen das Wachsen der Geschwülste. Gegen die Schmerzen kann ausser den narkotischen Mitteln das Fluidextract des Hydrastis canadensis mit Erfolg angewendet werden.

Von wirklichem radicalen Nutzen ist nur die operative Entfernung. Wegen der, übrigens übertriebenen Gefahr späterer Bauchhernien, bevorzugt man heute den vaginalen Weg; doch ist für diesen eine bestimmte Grenze gegeben. Diese wird theils von der Grösse der Geschwulst — denn nur bei solitärem Myom ist die vaginale Operation angezeigt — theils von der Weite und Dehnbarkeit der Scheide bestimmt.

Durch Spaltung des Muttermundes, der vorderen Scheidenwand (vordere Colpotomie), der vorderen Uteruswand, durch Morcellement etc. können auch grössere Tumoren von der Scheide aus entfernt werden, doch ist Z. gegen die vaginale Totalexstirpation mit Morcellement bei grossen, bis zum Nabel reichenden Geschwülsten aus principiellen Gründen.

Wichtig und allen Methoden gemeinsam ist die Unterbindung der Arteriae uterinae und ovaricae, ferner die Bildung von nicht unterbundenen Peritoneallappen zur Bedeckung des Stumpfes. Auch die Unterbindung der grossen, klappenlosen Venen ist unerlässlich, weil deren Unterlassung das Entstehen von Thromben und Embolien begünstigt. Ausserdem geben sie gangbare Wege ab für eine Infection.

Weiters warnt Z. vor zu starker Behandlung der Stümpfe, da deren Ernährung durch tiefe Umstechung der Arterie am Stamm in Frage gestellt wird. Sie neigen daher trotz Peritonealbedeckung zum Anwachsen an Darmschlingen, wodurch Gefahr des Ileus entsteht.

Man soll ferner, soweit möglich, ein kleines Stück der Schleimhaut des Uteruskörpers zu erhalten trachten, da bei Ausrottung des ganzen Gebärmutterkörpers die Frauen oft drei Jahre lang an den Ausfallserscheinungen zu leiden haben. Die Ovarien atrophiren allmälig, und solche Kranke leiden wie nach einer Castration.

Die Ausschälung subseröser Geschwülste ist nur da anwendbar, wo wenige Myome vorhanden sind und die abdominale Enucleation ohne wesentliche Verstümmelung der Gebärmutter möglich ist.

Die abdominale Totalexstirpation gibt nicht immer glattere Wundverhältnisse, wie man erhofft hat. Die Castration wegen Myome ist heute wohl schon allgemein verlassen. Es widerstrebt, die gesunden Organe zu entfernen und die kranken zu belassen (Fritsch); ausserdem wachsen viele Myome später trotz der Castration rasch an.

Unter 132 Myomektomien von 1892—1898 kamen 2 Todesfälle vor, darunter musste in 14 Fällen erst eine abdominale Enucleation zur Stielbildung vorausgeschickt werden. Unter 16 abdominalen Totalexstirpationen kamen 2 Todesfälle, unter 19 vaginalen Totalexstirpationen 1 Todesfall vor. — (Aus dem Vortrag in der VIII. Versammlung der deutschen Gesellsch. f. Gynäkol. in Berlin, 1899.) H.

Die Behandlung des „weissen Flusses" mit Hefeculturen — eine local-antagonistische Bacteriotherapie. Von Dr. Theodor Landau.

Die bisher gegen Katarrhe der Schleimhäute angewendeten Mittel haben den Uebelstand, dass sie die Krankheitserreger, ihre Stoffwechselproducte oder ihre Lebensbedingungen nur vorüber-

gehend beeinflussen, daher waren sie auch wenig wirksam. Es bedarf eines persistent wirksamen Mittels.

Auf der Suche nach einem solchen kam Vf. auf die Hefe, die er gegen die chronischen, durch Bacterien erzeugten oder unterhaltenen Cervix- und Scheidenflüsse anwendet. Es soll localantagonistisch wirken. Die damit angestellten Versuche haben bei gonorrhoischen, wie bei nicht gonorrhoischen Katarrhen „überraschende“ Erfolge erzielt.

Diese bei etwa 40, meist ambulatorisch behandelten Frauen durchgeführte Therapie ergab Folgendes:

a) In mehr als der Hälfte der Fälle schwand, bei einigen schon nach ein- bis zweimaliger Application des Mittels, dauernd jede Spur von Ausfluss. Keine weitere Behandlung war mehr nöthig.

b) In einer weiteren Anzahl von Fällen war wohl zunächst das Resultat dasselbe, nach längerem Aussetzen der Behandlung recidivirte aber der Ausfluss.

c) Bei einigen Kranken kam eine solche objective Besserung vor, dass sich die Frauen subjectiv für geheilt hielten.

d) Bei einigen Kranken konnte objectiv keine Besserung constatirt werden, obwohl die Frauen selbst eine solche zu bemerken vorgaben.

Zur Verwendung kam die aus einer Brauerei bezogene Hefe, die jedesmal nach dem Gebrauch auf Eis gestellt und alle drei Tage erneuert wurde. Die durch Zusatz von etwas Bier dickflüssig gemachte Hefe wird in einer Tripperspritze eingesaugt und davon 10—20 cm^3 in das durch Rinnen entfaltete Scheidenrohr gebracht, ein Tampon mit Faden wird vorgelegt und dieser nach 24 Stunden entfernt. Keine Scheidenausspülungen. Bei intactem Hymen spritzt man die Hefe durch ein dünnes Glas- oder Gummirohr in die Scheide. Die Procedur wird nach 2—3 Tagen wiederholt. Dauer der Behandlung schwankt zwischen einer und einigen Wochen.

Eine Injection in den Uterus war nie nöthig. Unangenehme Nebenwirkung äusserte sich nur zweimal als Jucken. Dieses schwand jedoch nach Injection mit Soda sofort.

Die Wirksamkeit der Hefe könnte verschieden erklärt werden: Mechanische Verdrängung der Mikroorganismen durch Ueberwucherung; Wasserentziehung oder Entziehung anderer für die Mikroorganismen lebenswichtiger Nährstoffe; Wirkung von Stoff-

wechselproducten der Hefe, sei es eine fermentative, oder eine die Toxine neutralisirende, oder eine die Reaction des Nährbodens ändernde Wirkung.

Weitere Versuche müssen aber noch abgewartet werden. — (Deutsche med. Wochenschr., 16. März, 1899.) H.

Augenheilkunde.

Die Resection des Halssympathicus in der Behandlung des Glaukoma. Von Prof. Th. Jonnesco.

Es ist an diesem Orte bereits einmal über diese neue Operationsweise referirt worden, doch handelte es sich damals nur um einen Fall; diesmal sind es acht Krankengeschichten, die J. bringt und an welche er seine Bemerkungen anknüpft. Der Fehler, der dieser Publication anhängt, ist, dass ein Chirurg und kein Ophthalmolog sie geschrieben und dass dessenthalben auch die Krankengeschichten manchen Mangel zeigen und darum auch an Ueberzeugungskraft verlieren. So heisst es in der sechsten Krankengeschichte: Links vollständige Atrophie der stark excavirten Papille, keine Spur von Lichtwahrnehmung, zählt Finger in 15 cm. Wahrscheinlich handelt es sich nur um einen Lapsus calami, aber immerhin wird dadurch der Zwang, Nachuntersuchungen vorzunehmen, ein geringerer.

Die Operation besteht in der Resection des Sympathicus. Wir führen diesen Theil etwas ausführlicher und womöglich mit denselben Worten an:

Es kann kein Zweifel darüber bestehen, welcher Theil des Sympathicus zu reseciren sei. Alle ocularen Fasern dieses Nerven passiren das Gangl. cerv. supr., bevor sie in das Auge gelangen; es muss also dieses Ganglion entfernt werden, um so den ganzen sympathisch-nervösen Apparat des Auges zu zerstören.

Zur Entfernung dieses Ganglions können zwei Wege eingeschlagen werden, hinter und vor dem M. sterno-cleido-mastoideus; den ersten benützt Vf. für die Totalresection des Halssympathicus, während der letztere nur für die Resection des Gangl. cerv. supr. geeignet ist.

Die Operation selbst zerfällt in folgende vier Zeitabschnitte:

1. Der Hautschnitt beginnt am oberen Winkel des Unterkiefers und verläuft entlang dem vorderen Rande des M. sternocleido-mastoideus.

2. Der vordere Rand des M. sterno-cleido-mastoideus wird freigelegt und der Muskel mittels Wundhalter nach aussen und rückwärts gezogen; mit der cannelirten Sonde wird das tiefe Blatt der aponeurotischen Muskelscheide gespalten und nachdem ein zweiter Wundhalter an der inneren Wundlippe den Kehlkopf nach innen zieht, gelangt man zum Gefäss- und Nervenpaket des Halses.

3. Das Aufsuchen, Freilegen und die Resection des Gangl. cerv. supr. Nachdem die vordere Wand der Gefässscheide gespalten wurde, gelangt man zur Vena jugul., die freigelegt und dem äusseren Wundhalter, der sie nach aussen und hinten zieht, anvertraut wird, und zur Art. carot. int., die freigelegt und dem inneren Wundhalter, der auch den Nervus vagus schützt, anvertraut wird. In dem so gebildeten Raum wird das obere Halsganglion gefunden und als solches leicht erkannt. Nachdem es mit Hilfe des Zeigefingers sorgfältig von den Nachbarorganen möglichst weit nach oben getrennt ist, werden mittels gekrümmter und geknöpfter Scheere alle afferenten und efferenten Fasern durchschnitten. Ist dies geschehen, dann haftet das Ganglion nur am Nervenstrang, der dessen Fortsetzung nach oben bildet; ein kräftiger Zug und das Ganglion ist herausgerissen. Es bleibt nur noch übrig, den Strang unterhalb des Ganglions zu durchschneiden, um es dann vollständig zu entfernen.

4. Die Wundnaht wird in zwei Etagen hergestellt, eine tiefe, die den Rand des M. sterno-cleido-mastoideus mit dem Unterhautzellgewebe mittels 3—4 Catgutnähten vereinigt, und eine oberflächliche, mit dünnem Catgut hergestellte, intracutane oder überwendliche Naht.

Die beiderseitige Operation kann in 15 Minuten vollzogen werden.

Nach der Operation bemerkt man Congestion des Gesichtes, der Augen und der Nase, Thränen, starke Nasensecretion, Schwersein des Kopfes, Alles Erscheinungen, die gleich in den ersten Tagen nach der Operation wieder verschwinden. Für die Dauer bleibend sind die bereits erwähnten Erscheinungen am Auge: Verengerung der Pupille, Zurücksinken des Augapfels in die Orbitalhöhle, Herabsinken des oberen Augenlides und Verringerung des Augenschlitzes.

J. erklärt sich die Wirkung der Operation in der Weise, dass die Abtragung des Ganglions thatsächlich alle gefässveren-

genden Fasern des Auges zerstört, so dass die kleinen Arterien nachlassen, der Blutdruck sinkt und das Extravasat verringert wird; es zerstört die exito-secretorischen Fasern, so dass die Secretion des Humor aqueus verringert wird. Es zerstört aber auch die erweiternden Fasern, so dass die Pupille contrahirt, Iriswinkel und die Abzugscanäle entlastet werden etc.

Der therapeutische Erfolg besteht nach J. in dem sofortigen Sinken des intraocularen Druckes, in der Besserung des Sehvermögens, in dem Schwinden der periorbitalen und der Kopfschmerzen. Die besten Erfolge sollen dort erzielt werden, wo Entzündung und Reizung fehlen oder nicht allzustark in die Erscheinung treten. Die Operation kann wirksam sein selbst in jenen Fällen, in denen trotz vorausgegangener Iridektomie das Leiden immer fortschreitet, also dort, wo unsere üblichen Operationen keinen Erfolg haben.

Wie schon oben erwähnt, sind die Krankengeschichten nicht einwandfrei, aber immerhin wäre eine vorsichtige Nachuntersuchung wohl am Platze. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 18, 1899.)

Königstein.

Zur Behandlung der Chorioideitis der Macula. Von Dr. A. Darier.

Zur Behandlung der Chorioideitis der Macula. (Antwort an Herrn Dr. A. Darier.) Von Prof. Karl Mellinger.

Eine Localbehandlung der Erkrankungen der inneren Augenhäute kannte man vorher nicht; die therapeutischen Massnahmen bezogen sich auf den Allgemeinzustand, man forschte nach der Aetiologie und richtete sich in seinem Vorgehen nach deren Ergebnissen. Die ableitenden und blutentziehenden Mittel wurden im Allgemeinen als Antiphlogistica betrachtet. Im Jahre 1891 hat nun D. subconjunctivale Sublimatinjectionen vorgenommen und mehrfach über ausgezeichnete Erfolge derselben bei Behandlung von Aderhauterkrankungen berichtet.

Es muss als Regel gelten, dass bei Chorioideitis der Macula nur so lange auf einen Erfolg zu rechnen ist, als die Erkrankung nicht zu alt und zu tief gehend ist und so lange nicht die empfindenden Elemente der Netzhaut zerstört sind. Freilich kann man seine Voraussage nicht allein nach dem Spiegelbefund richten, man muss in jedem Falle versuchen, ob die subconjunctivalen Injectionen nicht doch eine Besserung erzielen. So berichtet D. über einen Fall, in dem die Verände-

rungen an der Macula schon so weit gediehen waren, dass man das Bild eines angeborenen Macularcolobomes bekam und trotzdem eine entschiedene Besserung erzielt wurde.

Die Lösung, deren D. sich jetzt bedient, ist folgende:

Hydrarg. cyanat.	0·01
Natrii chlor.	1·0
Aq. destill. sterilisat.	50·0

Diese Lösung, ist zugleich eine 2%ige Kochsalzlösung, die mittlere Dosis, deren sich M. bedient; es entsprechen 5 Theilstriche einer Pravaz'schen Spritze einem Theilstrich einer Quecksilbercyanidlösung von 1 : 1000. Es wird ¼ bis ganze Spritze subconjunctival injicirt, u. zw. mit Vorliebe nach oben aussen am Aequator bulbi, möglichst weit von der Hornhaut entfernt. Die starke Lösung 1 : 1000 wird bei traumatischen oder schweren postoperativen Injectionen verwendet, durch sie allein wird eine Panophthalmie oder sympathische Ophthalmie hintangehalten oder eingedämmt.

Da die Affectionen der Macula ein rasches und energisches Einschreiten verlangen, so sind die subconjunctivalen Injectionen allen anderen Behandlungsmethoden vorzuziehen. Dem Einwurfe, dass homöopathische Dosen verwendet werden, wird wohl am besten damit entgegnet, dass nach der Injection Quecksilber im Kammerwasser (?) nachgewiesen wurde.

Die allgemeinen Quecksilbercuren werden deshalb noch nicht über Bord geworfen. Vor Allem eignet sich für dieselben die acute syphilitische Iritus. D. machte nämlich nachträglich die Erfahrung, dass Iritiden, die mit heftigen Entzündungserscheinungen und ausgesprochener venöser Stauung einhergehen, auf die genannten Injectionen mit äusserst heftiger, von den stärksten Schmerzen begleiteter Chemosis reagiren. In solchen Fällen meint D., sollte man der ersten Injection eine energische Blutentziehung vorausschicken. Bei allen leichteren und frischen Fällen von Iritis, wo eine Resorption der injicirten Flüssigkeit noch möglich war, zeigte die Behandlung stets Erfolg. D. meint schliesslich, dass erst eine spätere Zeit, die über ausgedehnte Erfahrungen verfügen wird, präcisere Indicationsstellungen in Betreff der Anwendung der subconjunctivalen Injectionen ermöglichen wird.

D. meinte ferner, dass Verwachsungen nach subconjunctivalen Injectionen nur dann entstehen, wenn zu nahe der Cornea oder tief in die Tenon'sche Kapsel injicirt wird.

M. erwidert darauf, dass an seiner Klinik diese Vorsichten geübt wurden und dass trotzdem bei vielen Patienten sehr heftige Schmerzen auftreten, nekrotische Herde an den Injectionsstellen und Verwachsungen des subconjunctivalen Lymphserums beobachtet wurden. Diese Erfahrungen und deren Bestätigung durch das Thierexperiment gaben die Veranlassung zu weiteren Untersuchungen, die ergaben, dass die Wirkung der Einspritzungen unter der Bindehaut eine reine lymphtreibende ist. M. gibt daher den Kochsalzinjectionen den Vorzug, da seiner Meinung nach eine Obliteration des subconjunctivalen Lymphraumes, wenn sie auch nur eine theilweise ist, nicht als unbedenklich angesehen werden kann. Dem Einwande der Controlversuche, wo das stärker befallene Auge mit Sublimatinjectionen, das leichter erkrankte mit Kochsalzinjectionen behandelt wurde und dieses Letztere keine Besserung aufwies, das Erstere dagegenschon nach der dritten Sublimatinjection normales Sehvermögen erlangte, begegnet M. damit, dass wir mit dem Ophthalmoskop die pathologisch-anatomischen Veränderungen feinerer Natur nicht diagnosticiren können, da es ja bekannt sei, dass gerade bei Chorioideitis in macula frische kleine Herde, die neben alten Veränderungen vorkommen, das Sehvermögen oft bedeutend herabsetzen, aber der Therapie sehr zugänglich sind. So gibt es Fälle, die ausgezeichneten Heilerfolg darbieten und die ophthalmoskopisch kaum eine Veränderung nach der Behandlung zeigen.

Nach M. sinkt die Wirkung der subconjunctivalen Kochsalzinjectionen immer mehr, je schwächer die Lösung und je geringer die injicirte Quantität ist. Es sollen ferner zur Förderung der Resorption in den hinteren Theilen stärkere (4—10%ige) Kochsalzlösungen injicirt werden, als bei Erkrankungen der Hornhaut (2%).

Der Standpunkt M.'s in der Frage der subconjunctivalen Injectionen ist folgender: So lange kein Beweis vorliegt, dass subconjunctival injicirte Medicamente in das Innere des Auges gelangen, muss die Wirkung derselben als eine rein lymphtreibende angesehen werden. Unter den lymphtreibenden Mitteln ist nun das beste und zugleich unschädlichste das Kochsalz.

Referent kann aus seinen Erfahrungen nur mittheilen, dass die Kranken sich gegen die Wiederholung von Quecksilberinjectionen, seien es Sublimat- oder Quecksilbercyanidlösungen,

auf das Heftigste sträuben, die Kochsalzinjectionen sich dagegen gerne gefallen lassen und dass diese Letzteren ihm in der Wirkung den anderen gegenüber nicht zurückzubleiben scheinen. — (Ophthalm. Klin. Nr. 7 u. 8, 1899.) Königstein.

Urologie.

Ueber einen interessanten Fall von Ruptur der Harnröhre nach Symphyseotomie. Von Dr. W. M. Polk.

Bei der Symphyseotomie war ein Einriss in die Harnröhre erfolgt und derselbe kam nicht zur Heilung, so dass vollständige Incontinenz bestand. Der Einriss betraf die ganze obere Wand. Da es schwer war, von unten beizukommen, schlug P. den Weg oberhalb der Symphyse ein. Die Blase wurde vom Uterus lospräparirt und die Harnröhre von der Symphyse; hiedurch gelang es, die Blase hinreichend herabzuziehen, um zum Harnröhrenriss zu gelangen, welcher sich bis in die Blase erstreckte. Es wurde dann eine gewöhnliche Lappenoperation gemacht. Das Resultat war zunächst gut, so weit es die Heilung der Operationswunde betraf, doch wurde die Incontinenz nicht ganz geheilt. P. erklärt sich dies daraus, dass wohl bei der Symphyseotomie das Lig. triangulare zerstört wurde, und mit ihm der Ansatz einiger Muskelbündel, welche nicht wieder ersetzt werden konnten. — (Americ. gynecol. and obster. Journ. 1899.) N.

Bemerkungen wegen Urethrotomien. Von Dr. Sonnenburg.

In den letzten sechs Jahren hat Sonnenburg wegen Strictur der Urethra 33mal operirt, darunter einmal bei einer Frau. Es handelte sich 24mal um eine blennorrhoische, 6mal um eine traumatische und 3mal um eine rein entzündliche Strictur. Die Urethrotomia externa wurde an 22 Fällen ausgeführt, die interna in 5; 3mal wurde die interna und externa gemacht und 3mal der Katheterismus posterior. S. zieht die Urethrotomia interna vor, besonders bei langen und engen Stricturen. Bei stärkeren Callusmassen macht er die Urethrotomia externa. Die interna erklärt Vf. bei aseptischer Operation für gefahrlos. Es komme bei dieser Methode hauptsächlich darauf an, dass die Bindegewebsfasern vollständig durchschnitten werden und unmittelbar nach der Operation durch Einführung eines dicken Katheters die Stricturstelle dilatirt werde. Hiedurch kommt auch die Blutung schnell zum Stehen. Es gelang, über 24 Patienten Nachricht zu erhalten,

2 davon waren erst vor einem halben Jahre operirt, bei den übrigen lag ein Zeitraum von 1—6 Jahren dazwischen. 12·50% sind dauernd geheilt. Von den 33 Patienten starben 4: 1 an Miliartuberculose, 1 an Urämie, 1 an Collaps und nur 1 an Sepsis infolge der Operation. In diesem letzteren Fall hat sich der Patient den Katheter herausgerissen, wonach die Wiedereinführung nur sehr schwer gelang. — (Wien. klin. Rundschau. Nr. 13, 1899.) N.

Zur Diagnose und Behandlung seltenerer Blasenerkrankungen beim Weibe mittels des Kelly'schen Verfahrens. Von Dr. H. N. Vineberg.

Vf. bricht in dieser Arbeit eine Lanze für die Kelly'sche Methode der Untersuchung und Behandlung der Blasenkrankheiten; er hat sie innerhalb von drei Jahren an über 100 Fällen angewendet, hat nie eine Incontinenz darnach oder eine sonstige Schädigung der Urethra beobachtet (Cystoskop Nr. 8, 10 oder 12). Die Methode ist von Kelly sehr vereinfacht, man beobachtet das Object direct und kann direct Medicamente auf die Blasenschleimhaut bringen. Am häufigsten beobachtet Vf. Fälle von „irritable bladder"; in der grössten Mehrzahl der Fälle war das Symptom abhängig von einer am Trigonum localisirten, in kleinen irregulären Flecken auftretenden Hyperämie der Blasenschleimhaut, „Trigonitis"; Application einer 5—10%igen Arg. nitric.-Solution stets von curativem Effect gefolgt. In der Frequenz die nächste Affection ist die katarrhalische Cystitis, dann Tuberculose der Blase etc. Die letzterwähnte Form liess sich aus Tuberkelbildungen in der hinteren Blasenwand in zwei Fällen diagnosticiren; wöchentliche Applicationen von 5—40%igen Silbernitratlösungen führten eine wesentliche Besserung herbei. — (New-York. Medical. Journ. 7. Mai, 1899.) N.

Zur Behandlung der Prostatahypertrophie mittels Vasektomie. Von Dr. Nicolich.

Um den Einfluss der Vasektomie auf die Prostatahypertrophie beurtheilen zu können, theilt Vf. die Kranken in drei Gruppen ein: 1. Erster Anfall von vollständiger Retention nach einer längeren oder kürzeren Periode von Dysurie; 2. chronische incomplete Retention, welche in wechselnden Zwischenräumen complet wurde; 3. chronische complete Retention. Er hat von der ersten Gruppe zwei Patienten operirt, den einen im November 1896, den anderen im Februar 1898. Beide befinden sich jetzt sehr wohl und brauchen keinen Katheter, die Prostata ist kleiner

geworden. Von der zweiten Gruppe wurden von 31 Patienten 9 geheilt, 10 gebessert und 12 wurden ohne Erfolg operirt. Vf. hält die Vasektomie nach seinen Resultaten für eine empfehlenswerthe Operation. — (Progrès médical. Nr. 8, 1899.) N.

Zur Behandlung der Ischurie infolge Prostatahypertrophie. Von Dr. Crespi.

Der vorliegenden Mittheilung liegen weitere zehn Fälle von Behandlung der Prostatahypertrophie nach dem gegenwärtig im Vordergrunde des Interesses stehenden Bottini'schen Verfahren zu Grunde, von denen sechs aus der chirurgischen Universitätsklinik Bottini's und vier aus dem von Cavazzani geleiteten Hospital zu Venedig stammen. Die an dieser Stelle schon wiederholt gebotene Schilderung dieser Methode überhebt uns der Aufgabe, neuerdings in Details des galvanokaustischen Verfahrens einzugehen und möchten wir uns nur mit der Hervorhebung einiger in der oberwähnten Arbeit neu auftauchenden Gesichtspunkte begnügen. Vor Allem sei darauf hingewiesen, dass, im Gegensatz zu der von Reclus ausgesprochenen Behauptung, dass dem Cocaïn bei der thermischen Trennung der Gewebe eine jede Wirkung abgehe, eine fünf Minuten vor der Operation applicirte Injection einer 1%igen Cocaïnlösung sich jedesmal so vorzüglich bewährte, dass die Kranken sich des operativen Eingriffes kaum oder gar nicht bewusst wurden und glaubten, es habe sich bloss um eine einfache Sondirung gehandelt. Bezüglich der operativen Technik bemerkt Vf., dass der Schnabel des Incisors durch leichten Zug am eingeführten Instrumente an den in Form eines V zu durchtrennenden Prostatatheil angedrückt und der Incisor selbst erst dann in Bewegung gesetzt werden soll, nachdem er durch zehn Secunden mittels elektrischen Stromes kirschroth erhitzt worden ist, da sonst die Wirkung der stumpfen Schneide eine mechanische und nicht thermische wäre, demzufolge eine Kraftäusserung behufs Eindringens derselben in das Prostatagewebe erheischen würde — eine Kraftäusserung, die absolut unstatthaft ist. Ist der Schnitt in dem nöthigen Ausmasse (gewöhnlich 3½ cm tief) ausgeführt, so erhöht man mittelst des Rheostats die Temperatur der Scheide um einen halben Grad und schiebt ihn sodann auf den Ausgangspunkt allmälig zurück. Hierauf wird der elektrische Strom unter Aufrechthaltung der Abkühlung unterbrochen, dadurch der erglühte Incisor völlig abgekühlt und das Instrument gleich einer gewöhnlichen Mercier'schen Sonde zurückgezogen. Der

abkühlende Strom soll nicht früher aufgehoben oder auch nur beschränkt werden, bevor das Instrument gänzlich aus der Harnröbre entfernt worden ist. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 6, 1899.)

N.

Ueber schmerzhafte Cystitiden. Von Dr. Albarran.

Von Symptomen dieser Läsionsform macht Vf. ausser dem hervorstechendsten, dem Schmerz, Vermehrung der Mictionen (50—80 in 24 Stunden), Trübung des Harns etc. namhaft. Die Schmerzen können sich bis zu Blasenkoliken steigern und haben in der überaus grossen Empfindlichkeit der Blase gegen jede Contactberührung ihren Grund; beitragend ist hiebei auch die Spannung.

Ihrer Aetiologie nach sind diese Cystitiden einzutheilen: 1. in Cystitiden infolge von Fremdkörpern und Steinen, 2. in Cystitiden auf der Basis von Geschwülsten und 3. in tuberculöse Cystitiden. Eine bedeutsame Rolle spielen dabei die Mikroorganismen, u. zw. besonders der Colibacillus, der Staphylococcus pyogenes, der Proteus Hauser, der Streptococcus pyogenes und Gonococcus. Dieselben finden sich bald allein für sich, bald miteinander vergesellschaftet vor. Für die Stellung der Diagnose, insonderheit die Ausdehnung der Läsionen ist die cystoskopische Untersuchung von hervorragender Bedeutung. Hinsichtlich der Behandlung kommen bei Frauen folgende Indicationen in Betracht: interne Medication, Instillationen, speciell von Höllenstein und schwachen Sublimatlösungen. Sind keine verrucösen Wucherungen, keine Leukoplacie, keine Ulcerationen, sondern nur die Läsion einer gewöhnlichen Cystitis vorhanden, so curettire man. Darauf eine Zeit lang Instillationen, eventuell erneutes Curettement. Im Falle der Erfolglosigkeit vesicovaginale Eröffnung. Die Fistel bleibt so lange offen, bis der Urin klar geworden ist und die Blase die instrumentelle Berührung ohne Schmerzempfindlichkeit verträgt. Dann Schluss der Fistel.

Zeigt das Cystoskop dagegen die oberwähnten Veränderungen, so sei die Sectio alta zu machen und die Wucherungen auszukratzen, eventuell zu exstirpiren oder kauterisiren. Kann man selbst unter Chloroform die Cystoskopie nicht anwenden, so wird zuerst curettirt und beim Misserfolg die Sectio alta gemacht. Ist infolge einer Pericystitis das Peritoneum vorn an der Blase fixirt, so muss man eine vaginale Fistel anlegen. — (Ann. des mal. gén. urin. Nr. 2, 1899.) N.

Klinische Beiträge zur Erkenntniss des Zusammenhanges zwischen Prostata und Testis. Von Dr. Björn Floderus.

An der Hand einer Zusammenstellung von fremden und eigenen Wahrnehmungen gelangt Vf. zu folgenden Resultaten, die er als Wirkung bilateraler und unilateraler Testektomie und als Einwirkung einseitiger Testiserkrankung auf die Prostata betrachtet.

A. Wirkung bilateraler Testectomie.

1. In der Jugend vorgenommene Operation bewirkt stets Aplasie in der Prostata, die sich sowohl in gehemmtem Volumenzuwachs als auch in der inneren Structur äussert.

2. Die Operation an Erwachsenen bewirkt in der Regel eine Einschrumpfung der vor dem Eingriffe nicht pathologisch veränderten Prostata.

3. Die Einwirkung der Operation auf die Prostata im Falle beginnender oder voll entwickelter Prostatahypertrophie ist weniger regelmässig und bisweilen nicht nachweisbar. Oft scheint hier die Verminderung des Volumens im oberen Theil des Organs am grössten zu sein.

4. Tuberculöse Processe in der Prostata oder chronische Prostatitis können durch die Operation zum Stillstand oder zur Heilung gebracht werden.

B. Einwirkung unilateraler Testektomie.

1. Die Operation bewirkt in der Regel Einschrumpfung des gleichseitigen Lobus an der nicht pathologisch veränderten Prostata; in der Regel am deutlichsten oder ausschliesslich an der oberen Hälfte des Organs nachweisbar.

2. Die Operation vermag das Aufkommen der Prostatahypertrophie nicht zu hindern.

3. Die Einwirkung der Operation auf die bereits hypertrophische Prostata ist langsam und nicht constant und äussert sich durch Einschrumpfung des gleichen Prostatalobus, die auch hier in dem oberen Theil des Lobus am meisten hervortritt.

4. Tuberculöse Processe im gleichseitigen Prostatalappen können durch den Eingriff zum Stillstand oder zur Heilung gebracht werden.

5. Eine wahrnehmbare Verminderung des Volumens des entgegengesetzten Prostatalappens als Folge der Operation kann nicht als constatirt angesehen werden.

C. Einwirkung einseitiger Testiserkrankung. Nach der

gegenwärtigen Erfahrung kann man nicht mit Bestimmtheit behaupten, dass Krankheitsprocesse in der einen Testis auf die Grössenverhältnisse der hypertrophischen Prostata einwirken. — (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 45.) N.

Kinderheilkunde.

Ueber den Einfluss der Ernährung und Lebensweise auf die Zusammensetzung der Thiermilch. Von Dr. Martin Themilch.

Es steht wohl fest, dass innerhalb gewisser Grenzen die Entziehung oder übermässige Verabreichung gewisser Nahrungs- und Genussmittel einen Einfluss auf Secretionsvorgänge übt. Landwirthe legen ein grosses Gewicht auf die Fütterungsart der Milchthiere; allein alle diese Erfahrungen lassen sich auf den omnivoren Menschen nicht übertragen.

In Bezug auf den Einfluss reichlicher oder ungenügender Nahrung bei der Frau lagen allerdings einige Angaben vor, zunächst die Erfahrungen Decaisne's während der Belagerung von Paris 1870/71 an drei Frauen: Abnahme von Fett, Zucker, Caseïn und Asche, Zunahme an Albumin.

Einigermassen analog sind die Angaben Schukofski's, welcher bei säugenden Ammen der Moskauer Findelanstalt, meist nach langen Fusswanderungen, den Fettgehalt der Milch zwischen 1·8—3·0% fand, ungefähr dieselben Verhältnisse während der Fastenzeit. Allein diese Differenzen fallen fast in die Breite der physiologischen Schwankungen und insbesondere auch der Untersuchungsfehler. Einzelne solche Angaben liegen noch vor von Kullesinsky und Pfeiffer; allein man kann ihnen eine entscheidende Bedeutung nicht beimessen.

Die von Johannesen in derselben Richtung angestellten Studien haben auch klare Ergebnisse nicht geboten und ebensowenig die sehr genauen Prüfungen von Baumm und Jeles. Man muss schliesslich sagen, dass die Ernährung stillender Frauen innerhalb physiologischer Grenzen keinen Einfluss auf die Beschaffenheit der Milch ausübt und die ängstliche Auswahl der Ammenkost nicht begründet ist, dass eine besonders kräftige Kost der Ammen die Gewichtszunahme der Säuglinge nicht zu fördern vermag.

Auch die von Drews und seinen Anträgen behauptete „fast specifische“ günstige Einwirkung auf die Brustdrüsensecretion

muss als unbewiesen erklärt werden — hier handelt es sich um marktschreierische Reclame.

Die von Basch aufgestellte Hypothese, wonach das Caseïn in der Milchdrüse durch intraalveolare Verbindung der Nucleïnsäure des freigewordenen Kernes mit dem transsudirten Serum und einem Nucleoalbumin entstehen soll, dem Caseïn, würde allerdings eine Beziehung des Milcheiweisses zum Eiweiss der Nahrung bedeuten, allein die Hypothese muss noch erst bewiesen werden; auch die Salze der Nahrung können den Gehalt der Milch an Salzen beeinflussen, ebenso kann man sich wohl eine Beziehung des Milchfettes zum Nahrungsfett vorstellen.

Die von T. auf diesen letzteren Umstand gerichteten directen Versuche ergaben bei Verabreichung differenter Fette an säugende Frauen, dass gewisse Mengen von Nahrungsfett in die Milch übergehen und recht differente Fette vom Säuglinge gut vertragen werden.

Die diesbezüglichen Untersuchungen von Soxhlet stimmten allerdings mit diesen Erhebungen nicht völlig, Soxhlet fand nicht einen directen Uebertritt des Nahrungsfettes in die Milch, sondern fand, dass das Nahrungsfett gewissermassen das angesetzte Körperfett in die Milch nachschiebe.

Auch die bekannten Versuche rücksichtlich des Ueberganges von Alkohol in die Milch sind nicht klar, mittlere Dosen von Alkohol sind sicher für den Säugling gleichgiltig.

Auch der Einfluss von Ruhe und Bewegung auf die Milchsecretion ist keineswegs sichergestellt.

Auch über den Einfluss vom Nervensystem auf die Milchsecretion wurden an Thieren Versuche angestellt (Eckhard, Röhrig, Winkler) und auch in der älteren Literatur existiren Angaben über das Versiegen der Milch oder auffällige Veränderungen der Beschaffenheit derselben als Folge nervöser Erregungen bei Stillenden, allein einer unbefangenen Prüfung gegenüber erweisen sie sich nicht als stichhältig.

Auch was sonst gesagt wurde über den verderblichen Einfluss der Milch bei von der Norm abweichender chemischer Zusammensetzung, kann man nicht gelten lassen, weil genaue Untersuchungen ergeben, dass selbst die schwer beschuldigte Milch von hohem Eiweissgehalt (2·6—2·8%) von Säuglingen ohne Schaden ertragen wird und dasselbe gilt von dem behaupteten hohen (6%) Zuckergehalt der Milch.

Es gilt nach wie vor der allgemein behauptete Standpunkt, dass nur die Quantität der Milch und die Gesundheit der Stillenden bei der Wahl einer Amme von Bedeutung ist. — (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 9, H. 4.)

Beobachtungen über die Verletzungen der Brustwarzen bei Wöchnerinnen. Von Dr. A. Platzer.

Die Beobachtungen P's. beziehen sich auf 1000 selbststillende Wöchnerinnen, von denen aber 16 nur mittelst Warzenhütchen stillen konnten.

Die Verletzungen der Warzen entstehen nur durch das Stillen, durch Beissen des Säuglings, durch Zug desselben an der Warze und durch Maceration der Warzenhaut. Schlecht entwickelte Warzen sind besonders zu Verletzungen disponirt, weil das Kind sie kräftiger erfassen muss; disponirt zu Verletzungen sind die kleinen, straffer und tief gefalteten Warzen, die kegelförmigen mehr als die walzenförmigen, die der Erstgebärenden mehr als die der Mehrgebärenden.

Die Verletzungen der Warzen stellen entweder nur Excoriationen dar oder Fissuren, die meisten entstehen in der ersten Woche nach der Entbindung.

Die Fissuren sind die viel schwereren Verletzungen, bei 2% aller Fälle kommt es zur Mastitis, zu Excoriationen nur bei $^1/_2$%.

Die Behandlung der Warzenverletzungen wird sich schon auf die Zeit der Gravidität beziehen müssen, in Form von prophylaktischen Waschungen und Massirungen. Die schon bestehenden Verletzungen werden vielseitig mit Umschlägen von 2%iger Carbollösung behandelt.

P. sagt ihnen nach, dass sie die Wundinfection wohl verhüten, aber die Heilung der Wunden verzögern, u. zw. infolge der Erweichung der Haut.

P. zieht deshalb die trockene Behandlung vor.

Die Warze wird nur vor dem ersten Stillen mit Seife gewaschen, die sich entwickelnde Verletzung aber nur trocken mit Bruns' Watte bedeckt und dieselbe sofort gewechselt, wenn sie durchnässt wird.

Er hat damit befriedigende Resultate erzielt und glaubt, dass dieselben darauf beruhen, dass die Krusten, welche den natürlichen Schutz für die Wunden bilden, so erhalten werden.

Die Fissuren behandelt P. mit Carbolumschlägen, weil es hier nicht zur festen Krustenbildung kommt und deshalb der Gefahr der Infection zu begegnen ist.

Die Unterbrechung des Stillens anf 1—2 Tage nützt sehr viel, bei Mastitis ist sie unerlässlich; meist versiegt die Milch in 1—2 Tagen nicht.

Warzenhütchen leisten gute Dienste, insbesondere bei Frauen mit kleinen Warzen.

Wenn sich Geschwüre etablirt haben, soll man täglich zweimal mit 1‰ Sublimat waschen und dann mit Dermatol bestreuen. — (Arch. f. Gynäk. Bd. 58, H. 7.)

Pharmakologie und Toxikologie.

Ueber die Giftigkeit des Heroins (Diacetylmorphins). Von Prof. Erich Harnack.

Vf. ist nach Allem, was wir bis jetzt über das Heroin vom Thier und vom Menschen wissen, der Meinung, dass die Uebergabe des Mittels an die Praxis eine vorschnelle gewesen und dass damit ein überaus gefährliches Gift dem ahnungslosen Praktiker in die Hand gegeben worden ist, in Betreff dessen nicht genug zur Vorsicht gemahnt werden kann.

Dreser hat zwei fundamentalen Thatsachen nicht genug Beachtung geschenkt, in erster Linie, dass auf keinem Gebiete der Pharmakologie die Uebertragung der Resultate des Thierversuchs auf die Verhältnisse beim Menschen misslicher ist, als in Betreff der Narkotica, in zweiter, dass gewisse organische Basen durch Substituirung mit Säureresten, speciell auch durch Acetylirung, zu viel giftigeren Producten werden können, als es die ursprünglichen Basen selbst sind. Vf. hat Versuche an Hunden angestellt, und konnte die Angabe von Dott und Stockman, welche im Jahre 1890 Untersuchungen über die pharmakologische Wirkung des Morphins und seiner Derivate anstellten, bestätigen, dass die schwächende Wirkung des Diacethylmorphins (Heroins) (wie die des Acetylmorphins) auf die Athmung viel bedeutender ist, als die des Morphins, dass das Mittel auch die Herzaction stärker beeinflusst, Salivation und eine Neigung zu Durchfällen veranlasst, sowie auch Muskelzuckungen und heftige Convulsionen erzeugt. Vf. hat auch fibrilläres Muskelzittern beobachtet. Er sah bei Hunden zwar tiefe Narkose und Anästhesie, aber begleitet von Muskelzittern und unterbrochen von Krampfattaken.

Die Athmung wird durch Heroin in hohem Grade und in bedenklicher Weise geschwächt und zugleich periodisch beinahe

zu vorübergehendem Stillstande gebracht. Vf. würde es nicht für richtig halten, diesen Befund, der zu grosser Vorsicht auffordern muss, ohne Weiteres auf den Menschen zu übertragen, aber es unterliegt heutzutage keinem Zweifel mehr, dass das Heroin auch beim Menschen ungleich giftiger und gefährlicher wirkt, als das Morphin. Das beweisen zahlreiche von Aerzten gemachte Beobachtungen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 27, 1899)

Hygiene und Krankenpflege.

Ueber die Bedeutung der Wärmeentziehungen beim Fieber.

Von v. Liebermeister.

In vielen Fällen von fieberhaften Krankheiten besteht eine Gefahr für den Kranken in der Steigerung der Körpertemperatur und es ist die Aufgabe des Arztes, durch entsprechende Massregeln die Temperatursteigerung zu bekämpfen. Trotz dieses Satzes leugnet Vf. durchaus nicht den salutären Charakter des Fiebers, den er aber nicht in der sehr problematischen Vernichtung der Mikroorganismen erblickt, sondern in der die hohe Temperatur bedingenden beträchtlichen Steigerung des Gesammtstoffwechsels. Es ist annehmbar, dass schädliche organische Substanzen, die im Körper eine Giftwirkung ausüben, umso leichter oxydirt und unschädlich gemacht werden, je lebhafter die Verbrennung im Körper ist. Mit den günstigen Wirkungen des Fiebers sind aber auch die ungünstigen nothwendig verbunden. Einer der Nachtheile des Fiebers besteht darin, dass dem gesteigerten Stoffumsatz eine schnellere Consumption der Körperbestandtheile entspricht, was umsomehr in Betracht kommt, als bei schwerem Fieber gewöhnlich Appetit und Verdauung darniederliegen und so der Wiederersatz erschwert ist. Lange anhaltendes Fieber bei chronischen Krankheiten, z. B. bei Lungenschwindsucht, sowie sehr bedeutende Höhe der Temperatur bei den acuten fieberhaften Krankheiten sind besonders gefährlich. Die ungünstigen Wirkungen äussern sich zunächst als functionelle Störungen. Bei längerer Dauer kommt es zu ausgebildeter parenchymatöser Degeneration der Organe.

Die Grundlage der antipyretischen Behandlung bilden die directen Wärmeentziehungen durch abkühlende Bäder. In manchen Fällen ist auch die Anwendung antipyretischer Medicamente zweckmässig. Als das beste Verfahren haben sich die kalten

Vollbäder bewährt, welche den kalten Uebergiessungen bei Weitem überlegen sind. Die Behandlung mit antipyretischen Arzneimitteln ergibt bei Weitem nicht die günstigen Erfolge, wie sie bei der Behandlung mit kalten Bädern erreicht werden. Dies wird zunächst auf directe Erfahrung gegründet. Später fand man die Ursache. Durch Wärmeentziehungen wird die in der Steigerung des Stoffumsatzes bestehende Heilwirkung des Fiebers in keiner Weise beeinträchtigt und sogar durch consecutive Steigerung der Wärmeproduction noch beträchtlich erhöht. Bei der Anwendung der antipyretischen Medicamente wird aber der durch das Fieber gesteigerte Gesammtstoffumsatz wieder herabgesetzt und somit dem Heilbestreben der Natur entgegengearbeitet.

Wo eine hohe Febris continua besteht, können wir durch Umwandlung derselben in eine Febris remittens oder intermittens die Gefahr vermindern oder beseitigen. Es gelingt dies am leichtesten zu der Zeit, wenn die Temperatur schon spontan Neigung hat, etwas herabzugehen, also vorzugsweise in der Zeit der Nacht von 7 Uhr Abends bis 7 Uhr Morgens. Deshalb wendet man die abkühlenden Bäder hauptsächlich Nachts an, z. B. zwischen 7 und 11 Uhr Abends, wenn die Temperatur 40° (im Rectum) überschreitet, zwischen 12 und 3 Uhr, wenn 39·5° erreicht sind, und zwischen 4 und 7 Uhr Morgens schon bei einer Temperatur von 39°. Am Tage lässt man in der Regel dem Fieber freien Lauf oder wendet schwächer wirkende Wärmeentziehungen, wie kalte Umschläge, Eisblasen, kaltes Getränk an. Auf diese Weise wird die Reaction des Organismus gegen die Krankheit auf den möglichst hohen Grad gesteigert. Es werden ausgiebige Athembewegungen veranlasst, der Appetit und die Verdauung werden verbessert. Der Kranke fühlt sich nach dem Bade erfrischt und findet leichter einen erquickenden Schlaf. In der Regel werden Bäder von 18—25° C. (14—20° R.) und 10 Minuten Dauer verwendet, bei Empfindlichen Bäder bis 30 und 32° C. (24—26° R.). Bei Kindern reicht man gewöhnlich mit weniger kalten Bädern aus.

Die Indication für die Anwendung antipyretischer Medicamente ist dann gegeben, wenn die Bäder allein nicht ausreichen oder contraindicirt sind. Immer aber ist dabei festzuhalten, dass die Wärmeentziehungen die Grundlage der Behandlung bilden müssen und dass die antipyretischen Arzneimittel gewissermassen die Reserve darstellen, die nur für den besonderen Fall als Aushilfe herangezogen wird. Das Antipyreticum

ist so anzuwenden, dass seine Hauptwirkung auf die Zeit nach Mitternacht fällt (Chinin 1—2 g 8—12 Stunden vorher, Antipyrin 0·5—1·0, Phenacetin 0·25—0·5 in den späten Abendstunden).

Ein Einschreiten gegen das Fieber ist nur dann erforderlich, wenn von demselben an sich Gefahr droht. Trotzdem wird ein ohne Noth gegebenes kaltes Bad einem Kranken mit abnorm hoher Körpertemperatur nicht schaden. Wenn aber der rechte Zeitpunkt für den Beginn der Bäder versäumt wurde, ist oft der Schaden nicht wieder gut zu machen.

Vf. gibt zum Schlusse eine belehrende Uebersicht über die Resultate der antipyretischen Behandlung des Typhus abdominalis. Während die Tübinger Klinik vor 1871 23% Mortalität hatte, sind seit 1879—1898 von 315 Typhuskranken (nur schwere Fälle sind für die Statistik verwerthet) 20 gestorben, was einer Mortalität von 6·3% entspricht. — (Zeitschr. f. diät. u. physik. Therapie, Bd. 2, Nr. 2; Deutsche Med.-Ztg.)

Kleine Mittheilungen.

Dr. Ernst v. Czylarz und Dr. Julius Donath haben auf der Klinik Nothnagel in Wien **die Ausscheidung des Methylenblau durch normale und pathologische Nieren** geprüft. Schon vor längerer Zeit haben Autoren festgestellt, dass die Ausscheidung gewisser dem Körper einverleibter Substanzen durch den Harn bei pathologischen Zuständen in geringerem Grade als unter normalen Verhältnissen erfolge. Die Versuche ergaben zunächst eine Bestätigung der theoretisch interessanten Thatsache, dass bei Nephritis eine Verzögerung der Ausscheidung des Methylenblau durch den Harn vorkommt. Dieselbe kann sich sowohl durch ein verspätetes Auftreten des Farbstoffes im Harne, wie durch eine abnorm lange Andauer der Ausscheidung desselben, oder auch durch beide Momente zugleich äussern. Ein verspätetes Auftreten konnten Vff. in eclatanter Weise nur in zwei Fällen von Schrumpfniere constatiren, während anderseits in vier anderen Fällen das Auftreten der Reaction normal war. Bei allen übrigen Formen bewegte sich der Reactionseintritt in normalen Grenzen. Bezüglich der verlängerten Ausscheidungsdauer konnten Vff. einen Unterschied zwischen den einzelnen Nephritisformen nicht feststellen, sie können nur sagen, dass eine

Verlängerung der Ausscheidung zwar häufiger, aber nicht ausschliesslich bei Nephritis vorkommt. — (Wien. klin. Wochenschr.)

Die continuirliche Application von Eisbeuteln zur Bekämpfung hoher Fiebertemperaturen wird neuerdings von Lockard eindringlich empfohlen. Diese Methode ist einfacher und leichter durchführbar als kalte Bäder, Einpackungen etc. Die Eisbeutel werden an jene Stellen applicirt, wo die Arterien möglichst nahe der Haut verlaufen, und die Application wird so lange fortgesetzt, bis die Temperatur normal ist. Die Unannehmlichkeiten sind bei dieser Methode weit geringer, als z. B. bei den kalten Bädern, da der Patient dabei ruhig liegen bleiben kann. Die Zahl der nothwendigen Eisbeutel und die Art ihrer Anlegung richtet sich nach der Art der Erkrankung und der Höhe des Fiebers. Falls die Temperatur sinkt, muss man die Zahl der Eisbeutel entsprechend vermindern und überhaupt einen zu starken Abfall der Temperatur verhüten. Bei mässigem Fieber genügen vier Eisbeutel, u. zw. in die beiden Achselhöhlen und Fossae popliteae. Bei höherem Fieber dazu noch Eisbeutel auf den Nacken, die Handgelenke, eventuell auch die Sprunggelenke. Bei Pneumonie, Kopfschmerz, Perikarditis, Gelenkaffection ist auch Application des Eisbeutels auf die erkrankten Stellen anzurathen. Der Abfall der Temperatur tritt meist etwa eine Stunde nach der Application der Eisbeutel ein, und es tritt, falls man die Application fortsetzt, manchmal auch subnormale Temperatur ein, was jedoch vermieden werden kann, wenn man die Zahl der Eisbeutel entsprechend regulirt. — (Zeitschr. f. Krankenpflege.)

Behandlung der wunden Brustwarzen mit Orthoform. Die bisherigen Behandlungsmethoden der wunden Brustwarzen sind sämmtlich mangelhaft; Alkohol ist schmerzhaft, Cocaïn beseitigt die Schmerzen, soll aber den Nachtheil haben, die Milchsecretion zu beeinträchtigen. Maygrier und Blondel haben in 40 derartigen Fällen Orthoform angewendet und in jedem Falle eine Linderung der Beschwerden beobachtet. Sie verfuhren entweder so, dass sie das trockene Pulver aufstreuten und mit trockener Gaze bedeckten oder über das trockene Pulver mit Borsäure angefeuchtete Gaze legten oder schliesslich eine gesättigte alkoholische Orthoformlösung aufpinselten. Im ersten Falle wurde das Pulver dick auf die Schrunde gestreut, bis diese vollständig bedeckt war und mit einer von Guttapercha

bedeckten sterilisirten oder Borcompresse fixirt. Zur Zeit des Stillens wurde der Verband entfernt, die Warze mit einer sterilen Compresse abgewischt, worauf das Stillen ohne Schmerz vorgenommen werden konnte. Nach dem Stillen erneute Reinigung und Verband. Nach der Pulverapplication tritt leichtes Brennen für wenige Minuten auf, worauf vollständige Analgesie der Brustwarze im Ruhezustand eintritt. Bei der Tinctur ist die Analgesie eine fast momentane. Am ersten Tage der Pulveranwendung waren die Schmerzen beim Stillen, obschon bedeutend gelindert, doch noch vorhanden, hie und da dauerten sie noch am zweiten Tage fort. Vom folgenden Tage ab konnten die Mütter ohne Beschwerden weiter nähren. Es ist gut, die Orthoformapplication 1—2 Stunden vor dem Stillen vorzunehmen. Nach dem Stillen dauert die Analgesie gewöhnlich noch 5—6 Stunden fort. Orthoform scheint ausserdem günstig auf den Heilungsvorgang der wunden Brüste zu wirken; die Schrunden heilten auffallend schnell. Die antiseptische Wirkung des Mittels ist dagegen eine schwache. In drei Fällen wurde eine leichte Lymphangitis der Brustdrüse notirt, die allerdings unter feuchten antiseptischen Verbänden bald wich. Die Autoren betrachten das Orthoform als ein werthvolles Mittel bei der Behandlung der wunden Brüste, welche durchgeführt werden kann, ohne dass man genöthigt sei, das Stillen auszusetzen. — (Gaz. méd. Strasbourg; Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Eine neue Methode der Behandlung der harnsauren Diathese. Von Dr. J. Weiss. Wöhler rühmt die Kirschencur und Linné wurde durch die Erdbeercur von seiner lang dauernden Gicht befreit. In der That fand nun Weiss, dass durch den Genuss von Früchten eine Herabsetzung der Harnsäureausscheidung erzielt wurde. Er prüfte die Wirksamkeit der einzelnen Stoffe, die in denselben enthalten sind, vor Allem die pflanzensauren Alkalien, welche aber ein negatives Resultat ergaben. Dagegen fand er bei Gaben von Chinasäure deutliche Herabsetzung der Harnsäure auf Rechnung der Hippursäure. Welcher Art die Wirkung der Chinasäure auch sein mag, sicher verdiene sie in therapeutischer Hinsicht als Heilmittel gegen die harnsaure Diathese gebraucht zu werden; denn sie ist das einzige, die Harnsäurebildung herabsetzende Mittel, welches keine üblen Nebenwirkungen hat. Auch Chinin vermindert die Harnsäurebildung; aber es ist kein Mittel, das sich auf längere Dauer

und in grossen Dosen gebrauchen lässt. Am besten wird sich eine Verbindung der Chinasäure mit Lithion zu diesem Zweck eignen. Obgleich zwar das Lithion auf die Harnsäureausscheidung selbst ohne Einfluss ist, so ist es doch wegen seiner diuretischen Wirkung nicht zu unterschätzen. Nachdem es ferner des Geschmackes und der Löslichkeit halber empfehlenswerther ist, die Chinasäure nicht in reinem Zustande, sondern als Salz zu geben, so zieht Vf. das Lithion dem Natron als Base vor. Nach Roberts spaltet sich die Harnsäure mit Vorliebe in stark natronhaltigen Medien ab, worauf auch die Ablagerungen in den Gelenken zurückzuführen sind; deshalb möchte Vf. Natron als Base vermeiden. Als ein Präparat, welches den oben genannten Anforderungen entspricht, bezeichnet Vf. das von den vereinigten Chininfabriken Zimmer & Co. in Frankfurt a. M. hergestellte Urosin, das in Tablettenform gebracht ist. Jede Tablette enthält 0·5 g Chinasäure, 0·15 g Lithion citricum, 0·3 g Zucker. Die Versuche, welche mit diesem Präparat gemacht wurden, haben gute Resultate ergeben; es wird in Dosen von 6—10 Stück pro die verabreicht und ist selbst in grösseren Dosen ohne jede üble Nachwirkung. — (Berl. klin. Wochenschr. — Deutsche Med.-Ztg.)

Die Anwendung des Coffeïns bei Herz-Nieren-Krankheiten. Von Prof. M. Senez. Vf. warnt vor dem Gebrauch des Coffeins und seiner Salze, da es nach seiner 5—6jährigen Erfahrung in grossen Dosen ein absolut tödtendes Mittel ist; der Tod tritt beim Menschen plötzlich ein infolge des Herzstillstandes in der Systole; bei Thieren nach grossen Dosen Coffeïn plötzlicher Herzstillstand in der Diastole. Eine junge, gesunde Frau ist nach 10 Dosen Coffeini citrici ā̄ā 0·3, zweistündlich genommen, plötzlich gestorben. Ebenso plötzlich starb ein junger Mann mit croupöser Lungenpneumonie nach zweitägigem Gebrauch von Coffeinum citricum zu 0·2 g dreimal täglich. In einem dritten Falle erfolgte plötzlicher Tod einer jungen Frau mit chronischer Nephritis nach dem Verbrauch von 5—6 Flaschen Coffeini natrobenzoici 2·0 : 180·0 Aq. dest. In allen drei Fällen wurde das Herz bei der Section faustförmig contrahirt gefunden. Nach den weiteren Beobachtungen des Vf. scheint das Coffeïn eine cumulative Wirkung zu haben, da es nur langsam durch den Harn ausgeschieden wird, u. zw. umso langsamer, je stärker die Nieren afficirt sind. Es kann sich infolge dessen im Organismus in tödtlichen Quantitäten ansammeln. Bei Verordnung des Coffeïns muss deshalb der Harn

auf die Coffeïnausscheidung genau untersucht werden. — (Wratsch.-Petersb. med. Wochenschr.)

Behandlung der Purpura haemorrhagica. Die Eigenschaft der Gelatine, die Gerinnung des Blutes zu fördern, hat Arcangeli in Fällen von Purpura haemorrhagica verwerthet, indem er eine 2%ige Lösung von Gelatine in steriler physiologischer Kochsalzlösung seinen Patienten subcutan injicirte. In einem Falle genügten zwei Injectionen von je 20 cm^3, um hartnäckige Nasen- und Zahnfleischblutung zum Stehen zu bringen. Dasselbe Resultat wurde in einem zweiten Falle mit zwei Injectionen von 15, resp. 10 cm^3 erreicht. — (Sem. médic.; Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Receptformeln.

Verschreibungsweise des Chinins behufs Verdeckung des Chiningeschmackes:

Rp. Chinini sulf. 4·0
Acid. citr. 10·0
Syr. spl.
Syr. cort. Aur. } āā 10·0
Aq. dest. 10·0—20·0

M. D. S. Hievon 10 Tropfen auf 50 g Wasser mit Zusatz von 2 g doppeltkohlensauren Natrons zu nehmen. — (Annales de méd. et de chir.)

Bei Rhinitis gonorrhoica:

Rp. Acid. borici 1·5
Menthol. 0·15
Vaselin. 15·0

S. Mittels Pinsels die Nasenschleimhaut zu bestreichen. — (Lermoyez.)

Gegen Schuppen der behaarten Kopfhaut:

Rp. Saponis viridis 100·0
leni calore liquef. adde
Spirit. rectif. 15·0
Glycerini 3·0
filtra et solve in liquido
Naphthol.

S. Auf dem Kopfe, mit Wasser gemengt, wie Seife anzuwenden. — (Wien. allg. med. Ztg.)

Zur Infiltrationsanästhesie und als Ersatzmittel für Cocaïn:

Rp. Acoini 1·0
Natr. chlorati 0·2—0·8
Aq. dest. steril. 100·0

S. Für Injection. — (Trolldenser.)

Bei Brechdurchfall der Kinder:

Rp. Inf. flor. Chamom. 100·0
Resorcini 0·1—0·3
Tct. laud. spl. 0·5
Tct. amar. 1·0
Syr. spl. 25·0

M. D. in vitro nigro.

S. Zweistündlich einen Kinderlöffel voll zu nehmen. — (Meuche.)

Bei Ekzem:

Rp. Acid. salicyl.
Creolini } āā 1·0
Zinci oxyd. 3·0
Vasel. 20·0
Lanol. 10·0

M. f. ung.

D. S. Aeusserlich. — (Neudörfer.)

Bei gelockertem und blutendem Zahnfleische:

Rp. Tct. Catechu
Spirit. cochlear. } āā 8·0
Aq. salviae ad 150·0

S. Mundwasser. Einen Esslöffel hievon in ein Glas Wasser zum Ausspülen des Mundes. — (Phoebus.)

Bei Hysterie und Migräne:

1. Rp. Extr. Cocae fluid. 30·0
Natr. carb. 2·5
Aq. dest. 30·0—50·0
M. D. S. 1—2mal täglich einen Theelöffel auf eine Tasse Zuckerwasser oder Thee.

2. Rp. Extr. Cocae fluid. 30·0
Natr. carb. 2·5
Aq. Melissae 100·0
Tct. Chinae 10·0
Elaeosacch. citri. 5·0
M. D. S. 3mal täglich einen Esslöffel zu nehmen. — (Leyden.)

Sitzungsberichte.

Versammlung der Balneologen Oesterreichs in Wien.

(Schluss.)

Docent Dr. Strasser: Ueber den Einfluss der Hydrotherapie auf Kreislauf und Blut.

Das Referat theilt sich in eine kleine historische Einleitung, einen weit ausgeführten klinischen Theil und eine kleine therapeutische Perspective. In der Einleitung weist der Vortragende darauf hin, dass das Blut und die Säfte und deren Bewegungen in der Hydrotherapie des Alterthums eine grosse Rolle gespielt haben. Da aber den Alten die Vorstellung von einem Kreislaufe in unserem Sinne fehlte, so konnte sich die therapeutische Tendenz nur auf die Aenderung der üblen Beschaffenheit des Blutes, also auf die chemische Zusammensetzung erstrecken. Auch weist er darauf hin, dass die alten Autoren trotz ihrer mangelhaften Ausbildung, auch in den Wirkungen ihrer hydrotherapeutischen Massnahmen eine scharfe Beobachtungsgabe bekundeten. Der klinische Theil befasst sich im ersten grossen Abschnitte mit der Beeinflussung der Circulation als solcher und schildert in eingehender Weise den Einfluss von Kälte und Wärme auf die Gefässe selbst, auf die locale, collaterale und reflectorisch erregte Circulation, weiters die Einflüsse allgemein hydrotherapeutischer Proceduren auf den ganzen Körper, befasst sich eingehend mit dem nach kurzem Kältereize local und allgemein eintretenden Reactionsvorgang und kommt dann auf die Aenderungen, welche sich im Blutdruck, in den Pulsqualitäten und endlich an der Herzaction selbst nach localen, allgemeinen und reflectorischen thermischen Reizen zeigen. Der zweite Theil behandelt die Blutzusammensetzung, u. zw. die corpusculären Elemente des Blutes, sowie den Blutfarbstoff und das specifische Gewicht.

Der Vortragende erörtert die von Winternitz und seiner Schule in dieser Richtung ausgegangenen Arbeiten, sowie die von vielen anderen Seiten publicirten Arbeiten und kommt nach kritischer Sichtung der Resultate und der aufgestellten Theorien zum Schlusse, dass die Erklärung von Winternitz, nach welcher die Vermehrung der rothen Blutkörperchen nach Kälteeinwirkungen keine Veränderung des Blutes selbst, sondern nur eine Veränderung der Blutvertheilung darstellt, als die richtige zu acceptiren sei. — Am Schlusse des zweiten Capitels kommen Betrachtungen über die Kältechlorose von Murri und die paroxysmale Hämoglobinurie, welche beide als nach Kältewirkungen aufgetretene Krankheiten der theoretischen Erörterung werth sind. Die kurze therapeutische Perspective lautet folgendermassen: Die Fäden der Einflüsse der hydrotherapeutischen Methoden auf Blut und Kreislauf reichen in die Therapie fast sämmtlicher Krankheiten. Ebbe und Fluth, die wir in den Organen nach Bedürfniss und Willkür schaffen können, beeinflussen jedes Organ, schaffen Erhöhung und Verminderung der normalen, resp. pathologischen Function und

haben ihren Einfluss auf die kleinsten, geheimsten Lebensvorgänge im Innern der arbeitenden Zelle. Wir sind mit der Therapie auf exact wissenschaftlichem Wege auf den Standpunkt gelangt, wo Humoral-, Solidar- und Cellularpathologen sich die Hand reichen. Das Blut und die Säfte in ihrer Bewegung beherrschen das Leben; sie stehen unter Einfluss der Solidaren, der Nerven, und beide wirken zusammen, um dem Elementarorganismus, der Zelle, das Leben, das Lebenmachen zu ermöglichen.

Dr. Ziffer: Ueber die Elemente des Klimas und deren therapeutische Verwendung.

Redner hebt hervor, dass die klimatischen Elemente und deren Fluctuationen aus den zahlreichen Formverschiedenheiten der Erde, sowie aus der unvollkommenen Sphäroidgestalt derselben resultiren. Dabei hat die Luft und Sonnenwärme den grössten Einfluss und wie aus dem ewigen Spiel zwischen Licht und Atmosphäre sämmtliche am irdischen Stoffe gebundene Kräfte geweckt und in Action versetzt werden, so hängen auch die verschiedenen Formen der klimatischen Elemente von dieser Wechselwirkung ab. Die grossen meteorologischen Fortschritte bedeuten zugleich für die Klimatotherapie einen Fortschritt; sie sind die Quelle, aus welcher die Klimatologen schöpfen.

Zwischen Luftfeuchtigkeit und atmosphärischem Staub besteht ein inniger, auf den Verlauf der Infectionskrankheiten grossen Einfluss ausübender Connex. Indem die Feuchtigkeit auf das Quellungsvermögen des atmosphärischen Staubes einwirkt, werden die in demselben enthaltenen Sporen und Bacterien verschieden beeinflusst werden. Von der Cohäsion, Imbibitionsfähigkeit und Quellungsvermögen des Staubes wird es abhängen, in welchem Masse sich die eventuell beigemengten Bacillen weiter entwickeln und verbreiten können.

In prophylaktischer Beziehung ist von grosser Wichtigkeit, dass die Luft umso besser die Wärme leitet, je grösser ihre absolute Feuchtigkeit ist, d. h. je mehr Wasserdampf sie enthält. Je mehr Wasserdampf in der Luft vorhanden, umso weniger Wasser kann die Haut abgeben, was im strengen Winter ein Vortheil ist, weil mit dem verminderten Wasserverlust unseres Körpers auch der Wärmeverlust sich vermindert; aus demselben Grunde aber kann im Hochsommer eine allzugrosse Luftfeuchtigkeit von Nachtheil sein.

Dr. Karl Loebel: Ueber die Bäder und Diättherapie der Arteriosklerose mit besonderer Berücksichtigung der Dornaer Moorbäder.

Vortragender verweist auf die Versuche, auf diätetischem Wege die degenerativen Processe zu beeinflussen und hebt das Verfahren Rumpf's hervor, durch eine verminderte Einfuhr von Kalksalzen vermöge des geeigneten Speisezettels, sowie durch die parallele Ausfuhr von Kalksalzen aus dem Körper, welche er auf 50—52% zu steigern vermochte, die Arterien zu decalciniren. Wir sehen durch diätetische Massnahmen die Widerstände im arteriellen Gefässbezirke und den Blutdruck vermindern durch Speisen, die weder die schädlichen Stoffwechselproducte der Ptomaine und Leukomaine anhäufen, noch durch Zuführung des Nucleoalbumins die Gefässe irritiren und keine reichlichere Gasentwicklung im Darme involviren. Wie diesen Intentionen die Bäderpotenzen in rascher, bequemerer und intensiverer Weise Rechnung tragen, indem sie durch Uebertragung der Reflexactionen von der ausgedehnten Körperoberfläche das Blut aus den verengten Gefässprovinzen in mächtigen Strömen ablenken, ferner durch Anregung der Diurese und Transspiration die hydrostatischen Miss-

verhältnisse zwischen den Lebenssäften ausgleichen und gleichzeitig die giftigen Abfallstoffe und Schädlinge des normalen Gewebslebens durch die normalen und vicariirenden Abflusscanäle eliminiren, führt Vortragender in eingehender Weise aus, um endlich zu betonen, dass mit der rascheren Durchblutung der erkrankten Partie das beschädigte Wandgewebe auch mit einem normaleren, regenerationsfähigeren Ernährungsmateriale in Berührung gebracht wird, so dass nach der localen Druckverminderung und Erlösung von den parasitären und toxischen Gewebszerstörern derart günstige Bedingungen für eine Verarbeitung, bezw. für eine Wiederbelebung neuer Elemente, wie bei keiner anderen Methode geschaffen werden.

Als Bäderform, der auch der blutdrucksteigernde Factor fehlt, erwähnt der Vortragende die besonders verfehmten Moorbäder. Nach den jüngsten Untersuchungen Stifter's, Abel's, Jakob's und Kisch' sei jedes Bedenken gegen die Anwendung dieser Bäder gewichen. Die besondere reparatorische Eignung der Moorbäder bei Arteriosklerose will der Vortragende aus deren aufsaugender Wirkung aller pathischen Producte ableiten, die umso prompter ceteris paribus bei der unmittelbar insultirten Gefässwand einsetzen muss. Er verordnet die Moorbäder bei der Gefässarteriosklerose des weiblichen Sexualtractes, bei arteriosklerotischen Rheumatikern und Anämischen, welche im kohlensäurehaltigen Bade Aufregungszuständen unterliegen und bei Complicationen mit Nephritis, wenn die Mineralbäder auffallend den Harntrieb vermehren.

In der Discussion meint Dr. C. Kraus, dass das, was einmal zu Grunde gegangen, nicht zu retten sei, und dass speciell die Rumpf'sche Ansicht einen ganz verfehlten Ausgangspunkt nimmt. Worauf es bei der Therapie ankomme, sei, die herabgesetzte Thätigkeit der einzelnen Organe functionell zu stärken, zu kräftigen. Mit kleinen Recepten sei der Sache nicht beizukommen, es handle sich nicht darum, Arteriosklerose, sondern Arteriosklerotiker zu behandeln, und der Eine wird ein Halbbad gut vertragen, der Andere, der gleichzeitig Rheumatiker ist, vielleicht ausgezeichnet Moorbäder, man müsse eben individualisiren.

Prof. v. Basch ist auch der Ansicht, dass es bei der Therapie der Arteriosklerose keine feststehenden Principien gebe und stimmt Loebel darin bei, dass in Moorbädern der Blutdruck sinkt.

Degré hebt besonders die Jodbehandlung bei Arteriosklerose hervor. — (Wien. klin. Wochenschr.)

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Fortsetzung.)

Ueber Infectionsgefahr bei Tuberculose.

George Meyer bemängelt die statistischen Angaben von Cornet durch Hinweis auf die Thatsache, dass schon lange vor Cornet's Untersuchungen nicht bloss in Preussen, sondern auch in Deutschland und selbst den übrigen Ländern die Tuberculose-Sterblichkeit in steter Abnahme begriffen ist. In Berlin ist z. B. von 1886—96 die Tuberculose-Sterblichkeit bei 1000 Personen von 3·17 auf 2·16 heruntergegangen. Da die auf Cornet's Untersuchungen begründete ministerielle Verfügung erst am 10. December 1890 erlassen ist, die Abnahme der Tuberculose-Sterblichkeit aber schon seit Mitte der 80er Jahre datirt, so kann die seit 1890 eingetretene weitere Abnahme der Sterblichkeit unmöglich mit der Prophylaxe nach Cornet in Zusammenhang gebracht werden. In London datirt die Abnahme der Schwindsuchtsmortalität sogar schon seit 1851, ohne dass hier

tiefgreifende hygienische Veränderungen gegen früher, namentlich auch nicht in den Lungenheilstätten stattgefunden hätten, die übrigens in England anders sind, als die deutschen. Von 1867—96 fand eine Abnahme der Sterblichkeit von 2·16 auf 1·83 statt. Hiebei kommen aber wohl andere Gründe, vor Allem die bessere sociale Lage der unteren Bevölkerungsclassen und bessere Lebenshaltung im Allgemeinen in Betracht. Selbst bei Beachtung der Forschungen Cornet's dürften doch auch die Untersuchungen über andere Verbreitungswege der Infection nicht ausser Acht gelassen werden.

Lazarus hält die Folgerungen, die aus Cornet's Untersuchungen gezogen werden können, vom praktischen Gesichtspunkte aus für übertrieben; nicht mehr auf Millionen, sondern auf Milliarden beläuft sich danach die Zahl der zu befürchtenden Tuberkelbacillen. Nicht jeder Bacillus gelangt in den Organismus, resp. erzeugt Tuberculose; Beweis sei Cornet selbst, bei dem nach seiner eigenen Mittheilung bereits Tuberkelbacillen in die Nasenschleimhaut gedrungen seien, ohne Schaden anzurichten. Oft genug treten überdies locale und allgemeine Hemmungen im Verlauf der Tuberculose spontan ein, trotzdem Bacillen vorhanden sind, die über die Bedeutung des Bacillus im Verlauf der Krankheit einen gewissen Wegweiser geben können. Dass der von B. Fraenkel angegebene Maskenschutz wirksam sei, bezweifelt er, abgesehen von der Möglichkeit, dass dyspnoische und in der Athmung beeinträchtigte Phthisiker eine solche Maske auf die Dauer ertragen. L. hat schon vor Jahr und Tag mitgetheilt, dass er sich anheischig mache, im Krankenhause vorzubeugen, dass keine Nosokomialinfection eintreten könne, durch grosse Sauberkeit und Reinlichkeit, indem eben alles Inficirende von den Organen ferngehalten wird. Seitdem L. das jüdische Krankenhaus leitet, ist unter einem ausgesuchten Material absolut schwerer Fälle, die auf seiner Station unter anderen Infectionskrankheiten lagen, weder hier noch in der (unter recht unerquicklichen Verhältnissen leidenden) Poliklinik, auch nur die geringste Nosokomialinfection vorgekommen. Die neueren Bemühungen bezüglich der Schaffung von Lungenheilstätten haben eine Art Unruhe hervorgerufen; diese Anstalten sind noch in ausserordentlich geringer Zahl vorhanden; sie erfüllen ihren Zweck doch schon in massgebender und erkennenswerther Weise; aber auch in den Krankenhäusern werden die Kranken nicht nur gebessert, sondern lernen auch ihre Krankheiten beobachten, ferner die Art, wie sie sich und ihre Umgebung schützen sollen. Das ist im Kampf gegen die Tuberculose von grosser Bedeutung und macht das Suchen nach anderen Wegen vorderhand überflüssig. Man könne damit zufrieden sein, dass man gelernt habe, die Gefahr der nosokomialen Infection zu verhindern.

Fürbringer berichtet über die Ergebnisse hinsichtlich der Infectionsprophylaxe im städtischen Krankenhause am Friedrichshain. Dort sind die Massregeln im Sinne von Cornet streng durchgeführt. Seit Anfang 1887 hängen in sämmtlichen Phthisikerpavillons Placate mit der sehr kurzen Vorschrift: „Für den Auswurf sind die Speigläser bestimmt und es ist streng untersagt, auf den Boden oder ins Taschentuch zu spucken". Diese Vorschrift wird strenge gehandhabt und mit gutem Erfolge. Bereits in der Februarsitzung 1890 des Vereines für innere Medicin konnte F. berichten, dass ihm seitdem kein einziger sicherer Fall von nosokomialer Uebertragung vorgekommen sei. Das beweist zwar nichts und entkräftigt auch nicht den Einwand, dass dieser oder jener Kranke mit Schwindsucht in latenter Form das Haus verlassen hat, die später noch manifest geworden

ist. F. berichtet nun über die seitherigen Erfahrungen speciell an dem Pflege- und Wartepersonal. Es ist bei 108 Pflegeschwestern dreimal während der Zeit ihrer Beschäftigung Tuberculose zu constatiren gewesen, eine war vorher gesund, eine erheblich veranlagt und bei einer bestand Phthisis schon vorher; das macht also 2%. Diese Statistik hat F. dann fortsetzen lassen und es ergab sich: von 1884 bis Ende 1898 sind im Ganzen 708 Victoriaschwestern beschäftigt gewesen, darunter allein 94 5—15 Jahre lang; fast alle haben Tuberculöse gepflegt, wenn auch nicht ausschliesslich und immer. Seit April 1887 sind in runder Zahl 9000 Lungenschwindsüchtige auf verschiedenen Pavillons behandelt worden, d. h. p. a. durchschnittlich 600—1000; der tägliche Bestand war mindestens 80 und die Verpflegungstage durchschnittlich pro Kopf 30. Unter diesen Verhältnissen ist bei 13 Schwestern Tuberculose constatirt worden, eine war vorher gesund, sechs vorher tuberculös, sechs erblich belastet. Vielleicht sind eine oder mehrere noch nachträglich der Ansteckung zum Opfer gefallen. In diesen Ziffern liegt jedenfalls ein enormer Contrast gegen die ältere Zeit, wo die Zahl der Inficirten 50 (v. Ziemssen), sogar 63% (Cornet) betrug, wie in verschiedenen Krankenpflegeorden herausgerechnet und zahlenmässig nachgewiesen wurde. Bei Aerzten und Wärtern liegen die Verhältnisse ähnlich, doch sind diese nicht so intensiv mit den Kranken in Berührung gekommen. F. leugnet nicht, dass dabei auch eine Reihe von anderen günstigen Factoren in Betracht kommen; aber keine prophylaktische Massregeln im Sinne der Flügge'schen Lehre. Natürlich lassen sich die Schwestern nicht gern ins Gesicht spucken und weichen auch dem Hustenstoss aus; aber die günstigen Ziffern sind nach F. nur gewonnen worden bei Vermeidung der Infection auf trockenem Wege ohne Rücksicht auf die nasse Infection. F. zieht daraus den Schluss (im Sinne von Lazarus), dass die Isolirung der Tuberculösen unnöthig ist. Bezüglich der erblichen Belastung ist Haupt im Recht, sie bildet eine mitwirkende Ursache. Die Möglichkeit der Infection nach Flügge leugnet er nicht, er hat selbst u. A. auf die Gefahren hingewiesen, denen auch laryngoskopirende Aerzte unterliegen können (gegen Dettweiler, der im Speichel und in dem Hauch keine Gefahr sehen wollte). Gerade Mundbelag und Kehlkopfsecret sind mit virulenten Bacillen beladen. Jedenfalls ist aber dieser Infectionsmodus kein häufiger; die Uebertragung auf trockenem Wege ist die reguläre, die auf feuchtem die exceptionelle. (Schluss folgt.)

Bücher-Anzeigen.

Atlas und Grundriss der traumatischen Fracturen und Luxationen. Von Prof. Dr. H. Helferich in Greifswald. München. Verlag von J. F. Lehmann. 1898.

Das vorliegende Werk, welches den 8. Band der bekannten L.'schen medicinischen Handatlanten bildet, erscheint in vierter verbesserter und vermehrter Auflage. Die Vorzüge, welche die drei ersten Auflagen kennzeichneten, sind dem Buche auch jetzt treu geblieben; die praktisch wichtigeren und häufigeren Verletzungen sind natürlich auch diesmal besonders berücksichtigt. Mit Recht hat sich H.'s Atlas eine rasche Verbreitung errungen und sollte eigentlich in der Bibliothek eines jeden praktischen Arztes vorhanden sein. E. Ullmann.

Herausgeber und verantwortlicher Redacteur: Dr. M. Heitler. — Verlag von Moritz Perles.
Druck von Johann N. Vernay in Wien.

Zur Behandlung des Abortus.

Von Dr. Isidor Fischer, Frauenarzt in Wien.

Während sich unser geburtshilfliches Handeln am Ende der Gravidität heute nach allgemein anerkannten, streng gefügten Indicationen und Vorbedingungen abspielt und Controversen nur auf sehr wenigen Gebieten der eigentlich geburtshilflichen Therapie bestehen, gilt dies keineswegs für die Behandlung des Abortus. Dies beweist schon die grosse Zahl der jährlich erscheinenden einschlägigen Arbeiten und Aufsätze, welche die verschiedensten conservativen und radicalen Methoden empfehlen, dies beweist auch die vor wenigen Jahren initiirte Sammelforschung über die Behandlung des Abortus an den verschiedenen gynäkologischen Kliniken und Anstalten, deren Ergebnisse aber — soviel mir bekannt ist — bisher noch nicht vorliegen. Und doch ist es gerade die Therapie des Abortus, welche dem praktischen Arzt geläufig sein muss.

Auf 5—10 Geburten entfällt bei unserer grossstädischen Bevölkerung mindestens eine Fehlgeburt. Statistische Angaben hierüber sind schwer erhältlich; denn eine grosse Zahl von Abortusfällen, insbesonders aber die Fälle von Abortus incompletus, bei denen der Arzt keine Frucht mehr antrifft, gelangen überhaupt nicht zur Anzeige. Auch die grossen Zahlen unserer Wiener Landesgebäranstalt sind hier nicht zu verwerthen, da Abortusfälle mit leicht erhöhter Temperatur, wie diese so häufig beim Abortus vorkommt, von der Aufnahme ausgeschlossen werden. Während aber nur in 20% der Geburten ärztliche Intervention in Anspruch genommen wird — wenigstens in ärmeren Bezirkstheilen — ist es nach unseren jetzt geltenden Dienstesvorschriften den Hebammen eingeschärft, in jedem Abortusfall einen Arzt berufen zu lassen, eine Vorschrift, die jedenfalls der Absicht entsprungen ist, eine vermehrte Controle über die vorkommenden Fehlgeburten zu schaffen. So kommt es, dass in meiner Privatstatistik das Verhältniss der Geburten zu den Fehlgeburten 2 : 1 beträgt. Und während in 66% der Geburten Kunsthilfe (Episiotomien und Suturen inbegriffen) geleistet wurde, kommen 86% Fälle mit Kunst-

hilfe auf die Fehlgeburten. So wird thatsächlich der praktische Arzt mindestens so häufig in die Lage kommen, beim Abortus wie bei der rechtzeitigen Entbindung einzugreifen.

Es ist hier nicht der Ort, auf die Aetiologie des Abortus des Weiteren einzugehen; nur soviel sei bemerkt, dass die Syphilis und das grosse Contingent gynäkologischer Erkrankungen, sowie der criminelle Abortus zu den Ursachen der grösseren Abortusfrequenz der Grossstadt gehören.

Bevor wir an die Behandlung eines Abortus gehen, müssen wir uns darüber klar sein, ob wir es mit einem Abortus imminens, mit einem Abortus im engeren Sinne (A. incipiens oder im Gang befindlichen), mit einem Abortus incompletus oder mit einem Abortus peractus (completus) zu thun haben. Dass wir es bei dieser Eintheilung nicht mit scharf geschiedenen Stadien zu thun haben, ist leicht ersichtlich. Oft sind wir nicht im Stande, zwischen dem Abortus imminens und dem Abortus incipiens, zwischen dem im Gang befindlichen Abortus und dem Abortus incompletus scharfe Grenzen zu ziehen. Oft werden wir auch darauf verzichten, eine präcise Diagnose stellen zu wollen, um dem Hauptgrundsatz unseres therapeutischen Handelns, dem nil nocere, nicht untreu zu werden, wenn wir auch z. B. aus Scheu, innerlich zu untersuchen, einen Abortus incipiens für einen Abortus imminens ansehen werden.

Von einem Abortus imminens werden wir sprechen, wenn in der Schwangerschaft (bis zur 28. Woche) Blutungen und vielleicht auch wehenartige Schmerzen auftreten. Bei sicher erwiesener Schwangerschaft — durch frühere Untersuchung festgestellt, sowie bei höchst wahrscheinlicher Schwangerschaft (Cessation der Menses, die früher immer regelmässig waren, vorangegangenen Ueblichkeiten, Erbrechen, Colostrum in den Brüsten, bläuliche Verfärbung der Vulva) werden wir zunächst von einer vaginalen Untersuchung absehen, um nicht durch die Exploration Wehen auszulösen, wenn wir auch im Allgemeinen die Schädlichkeit, welche eine vorsichtige bimanuelle Untersuchung setzt, zu überschätzen pflegen. In zweifelhaften Fällen kann aber auf eine schonende Digitaluntersuchung nicht verzichtet werden, um sich nicht Unterlassungssünden zu Schulden kommen zu lassen.

Wie leicht kann andernfalls z. B. bei einer kurze Zeit im Klimax stehenden Frau ein beginnendes Carcinom übersehen werden. Auch bei erwiesener Schwangerschaft und etwas längerer

Dauer der Blutung kann die innere Untersuchung nicht vermieden werden; könnte es sich doch um eine mit Carcinom oder Uteruspolypen complicirte Gravidität oder um eine Molenschwangerschaft handeln.

Bezüglich des Verhältnisses zwischen Grösse des Uterus und Dauer der Gravidität will ich hier nur kurz darauf hinweisen, dass ich mit Pinard völlig darin übereinstimme, dass die landläufigen Angaben über den Stand des Uterusfundus zu niedrig sind. Dies erklärt die so häufig auffallende Incongruenz zwischen berechneter Schwangerschaftsdauer und der Grösse des Uterus, wie sie in den Lehrbüchern angegeben ist.

Strittig ist es, ob wir bei eröffnetem äussern Muttermund einer Primipara, bei eröffnetem innern Muttermund einer Mehrgebärenden (ich werde stets nur von den ersten vier Lunarmonaten sprechen, weil der Abortus vom fünften Lunarmonate ab meist der rechtzeitigen Entbindung analog verläuft), ob wir in diesen Fällen noch von einem Abortus imminens sprechen dürfen. Hiebei wird natürlich von den seltenen Fällen abgesehen, wo auch bei normal verlaufender Gravidität bei Primiparen der äussere, bei Mehrgebärenden der innere Muttermund geöffnet angetroffen wird.

Die Therapie des drohenden und die des beginnenden Abortus fällt insoferne zusammen, als wir auch beim bereits beginnenden Abortus die Hoffnung nicht aufgeben wollen, die Schwangerschaft zu erhalten, der Blutung und Wehenthätigkeit Einhalt gebieten zu können. Ob uns dies gelingt, hängt freilich von Factoren ab, die wir im Einzelfalle nicht immer zu beurtheilen in der Lage sind; denn wenn die Frucht abgestorben oder die Nachgeburt auf längere Strecken abgelöst ist, wird es nie möglich sein, die Gravidität weiter zu führen. Auch wenn der Eihautsack zerrissen ist oder der untere Eipol bereits in den Cervicalcanal zu treten beginnt, ist der Abortus unvermeidlich. Anhaltspunkte für die Annahme einer bereits abgestorbenen Frucht geben uns eine schon länger währende Blutung mit Abgang von bräunlich verändertem oder zersetztem Blut und eine gewisse Incongruenz zwischen der Grösse des Uterus und der Zeitdauer der Amenorrhöe. Doch ist wegen der unverlässlichen Angaben, denen man mit Bezug auf die letzte Menstruation immer begegnet, auch das letztere Moment nur mit Vorsicht zu verwerthen. Absolut sicher ist nur ein bei längerer Beobachtung

festzustellendes Nichtweiterwachsen des früher sicher graviden Uterus. Das Aufhören der subjectiven Symptome (Ueblichkeiten, Erbrechen), Schlaffwerden der Brüste u. s. w. treten in der Zeit, die hier in Betracht kommt, nicht in den Vordergrund.

Vollkommene Ruhelagerung im Bette wird die erste Bedingung der Behandlung des Abortus imminens und incipiens sein. Es ist zu diesem Behufe nothwendig, das zur Aufnahme der Kranken bestimmte Lager für eine längere Bettruhe geeignet herzurichten. Gute Matratzen, straff (eventuell mit Bettspanner) gespanntes Leintuch, leicht entfernbarer und zu ersetzender Durchzug! Harn- und Stuhlentleerung müssen in Rückenlage besorgt werden; das Aufsetzen im Bette ist streng verboten. Die Bettruhe muss so lange dauern, bis die Frau acht Tage nicht geblutet hat. Sehr oft müssen wir die Frauen mit wochenlangem Bettlager quälen, ohne den drohenden Abortus aufhalten zu können; wenn man daher den Tod der Frucht annehmen kann, wird man diese unnöthige Grausamkeit unterlassen. Von dem früher beim Abortus imminens nahezu traditionellen Eisbeutel sehen wir jetzt ab in der Furcht, gerade durch den Kältereiz Wehen auszulösen.

Durch Tinctura opii simplex (zweimal täglich 10 Tropfen) oder durch Suppositorien mit Morph. mur. (à 0·01 Früh und Abends) erreichen wir wohl eine Ruhigstellung des Darmes, aber keine Aufhebung der Uteruscontractionen; so gibt die Wirkung des Opiums oder des Morphiums oft die Unterscheidung des drohenden und des beginnenden Abortus von manchmal täuschenden Darmkoliken in der Gravidität, indem die Wehenthätigkeit durch die genannten Mittel fast gar nicht beeinflusst wird. Abführmittel, insbesondere die aus der Gruppe der drastisch wirkenden, sind beim Abortus imminens streng zu meiden; am schonendsten wird man durch Irrigationen für regelmässige Stuhlentleerung sorgen. Eine günstige Wirkung vieler empfohlener Medicamente in dem Sinne, dass sie einem drohenden Abortus Einhalt gebieten können, habe ich nie beobachtet; hierher gehören das Extr. fluid. Hydrastis canad. (dreimal täglich 15 Tropfen oder in Kapseln), das Extr. fluid. Viburni prunifol. (dreimal täglich 15 Tropfen, auch in Combination mit Chloralhydrat), das Extr. fluid. Piscidiae (0·3—0·5) u. s. w.

Die Blutung wird bei den uncomplicirten Fällen des Abortus imminens immer so gering sein, dass sie ein therapeutisches

Eingreifen wohl nie erfordern wird; doch wird man selbstverständlich die abgehenden Blutmengen auf eingelegten Wattavorlagen controliren. Das äussere Genitale wird zweimal täglich abgespült. Die Diät wird eingeschränkt, nicht des Abortus wegen, sondern der Bettruhe halber; man pflegt den Genuss von heissen, stark gewürzten, stark sauren Speisen, sowie den Genuss von Bier und Wein zu untersagen, all das wohl mehr in hergebrachter Weise, als aus bestimmten und zu motivirenden Gründen.

Die Resultate unserer Therapie des Abortus imminens, wie die des Abortus incipiens sind aus bereits erwähnten Ursachen keine glänzenden. Ist der Abortus, wie dies so überwiegend häufig der Fall ist, durch primären Fruchttod bedingt, dann wird die peinlichste Sorgfalt vergeblich sein. Bei dem Abortus imminens fehlt uns auch für die Beurtheilung unseres therapeutischen Erfolges meist der sichere Anhaltspunkt, ob in der That eine Fehlgeburt gedroht hat. Einen wirklich beginnenden Abortus stillstehen gesehen zu haben, kann ich unter meinen Beobachtungen nur für einen Fall behaupten.

Fr. D. Pr. Nr. I. 29. I-p., letzte Menses 20. Januar 1897; am 16. April, 9 Uhr Abends, mittelstarke Blutung, Kreuzschmerzen; äusserer Muttermund für die Fingerspitze einlegbar; Fundus uteri über der Symphyse tastbar, weich, kugelig. Tct. opii s. 15 Tropfen, 17. April, $^1/_2$9 Uhr Morgens spärliche Blutung, die Abends vollkommen cessirte. Am 19. October 1897: Spontangeburt in I. Schädellage, 3 Nähte.

Von einem im Gang *befindlichen Abortus* werden wir dann sprechen, wenn mehr oder minder ausgeprägte Wehen bestehen, Cervix und Muttermund immer mehr eröffnet werden, bis es zur spontanen Ausstossung der Frucht (und eventuell auch der Placenta) kommt. Eine vorangehende und den Abortus begleitende Blutung fehlt in den ersten drei Lunarmonaten kaum je. Sie stammt fast immer aus der Haftstelle des Eies, bezw. aus der Placentarinsertion.

Die Wehenthätigkeit ist eine sehr verschiedene; oft finden wir bei einem verhältnissmässig früh auftretenden Abortus eine oft Stunden währende Wehenthätigkeit mit regelmässigen, alle fünf Minuten einsetzenden Wehen, oft genügen bei einem auch späteren Abortus 2—3 Wehen, um zur Ausstossung der Frucht zu führen. Die Fälle, in denen die Frucht und Placenta oder

bloss die Letztere in der gedehnten, erweiterten Cervix liegen bleiben, ohne den Muttermund zu passiren, bezeichnen wir als sogenannten Cervicalabort.

Bei dem im Gange befindlichen Abortus wird unsere Therapie sich zunächst darauf zu beschränken haben, die spontane Ausstossung der Frucht und der Nachgeburt abzuwarten. Je höher an der Zeit der Abortus ist, desto eher können wir die spontane Ausstossung erwarten, doch werden nicht selten auch kleinere Eier vollständig und spontan geboren. Den im Gange befindlichen Abortus rasch zu Ende zu führen, werden wir uns nur unter zwei Bedingungen veranlasst sehen: bei starker Blutung und bei hohem Fieber, von welch Letzterem wir per exclusionem annehmen können, dass es vom Uterusinhalt ausgeht. In diesen Fällen wird fast immer der Verdacht auf artificiellen Abortus berechtigt sein. Die rasche Beendigung des Abortus besteht in der Ausräumung des Uterusinhaltes, die in Fällen von Blutung meist keine Schwierigkeit bietet, weil hier die Wehenthätigkeit, die durch Ablösung der Placenta zur Blutung Anlass gibt, in der Regel auch Muttermund und Cervix weit eröffnet hat, in Fällen von Fieber aber unter Umständen recht mühselig werden kann, wenn die Erweiterung des Cervicalcanals noch wenig fortgeschritten ist. Dazu kommt, dass wir in Fällen von Blutung bei wenig eröffnetem Muttermund und wenig geöffneter Cervix durch die Tamponade sowohl Blutstillung, wie Erweiterung erreichen können, während wir bei hohen Temperaturen die Zeit, welche die Tamponade zu ihrer erweiternden Wirkung bedarf, nicht verlieren wollen.

In allen Fällen, wo wir bei dem im Gange befindlichen Abortus eingreifen müssen, wird zuerst eine gründliche Reinigung des äusseren Genitales mit Seife und Wasser vorgenommen. Lassen sich die Haare, welche durch geronnenes Blut oft dick verklebt sind, nicht leicht reinigen, so werden sie, soviel wie möglich, gekürzt. Mit ausgekochtem, gläsernem Scheidenrohr wird eine 1‰ Sublimatausspülung gemacht. Nach sorgfältigster Desinfection der Hände (5' langes Waschen mit Seife und Wasser und ausgekochter (!) Bürste, 2' langes Bürsten in 1‰ Sublimat oder 3% Lysollösung) wird zur Feststellung des innern Befundes gegangen und bei genügend durchgängigem, wenigstens 1—2 Finger weitem Muttermund und Cervicalcanal sofort die manuelle Lösung des Eies oder die manuelle Entfernung der Frucht und der Nachgeburt angeschlossen. Bei Mehrgebärenden gelingt

es leicht, die ganze Hand in die Scheide einzuführen und sich den Uterus von aussen über die eingeführten 1—2 Finger zu stülpen. Bei Erstgebärenden ist meist Narkose, sowie Anhaken der vorderen Muttermundslippe mit der Kugelzange von grossem Vortheil. Die Ablösung des Eies, bezw. der Placenta geschieht in der Weise, dass der Finger zwischen Uteruswand und Eitheilen bis hoch an den Fundus uteri hinaufgeht und letztere von ihrer Unterlage abhebt, ohne sie selbst zu zerreissen oder zu zerstückeln. Kann nur ein Finger eingeführt werden, dann ist es meist nicht möglich, das abgelöste Ei zu fassen; seine Entfernung gelingt dann durch blossen Credé oder durch bimanuelle Compression des Uteruskörpers (vom vorderen oder hinteren Scheidengewölbe und von den Bauchdecken aus) oder man muss die Schultze'sche Löffelzange oder eine einfache lange Kornzange zu Hilfe nehmen. Nach der vollständigen manuellen Lösung noch zu curettiren, ist eine ganz überflüssige und nicht gefahrlose Complicirung des Verfahrens; curettiren wird man nur dann, wenn man das Gefühl hat, dass wirklich ganz festhaftende Placenta- oder Deciduatheile der Uteruswand noch aufsitzen, die mit dem Finger abzulösen sich als unmöglich erwiesen hat — gewiss ein seltenes Ereigniss. Dass alle zur Verwendung kommenden Instrumente womöglich an Ort und Stelle ausgekocht werden, ist hervorzuheben heute wohl überflüssig. Nach der Ausräumung des Uterus eine heisse intrauterine Ausspülung mit 1% Lysollösung (35—40° C.) bei weiten Geburtswegen mit dem einfachen S-förmigen, gläsernen Intrauterinrohr, bei engerem Muttermund mit dem Bozeman-Fritsch'schen oder Ludwig'schen Katheter. Auch für die intrauterine Ausspülung post abortum gelten dieselben Regeln. wie für die intrauterine Ausspülung post partum: kein Sublimat, erhöhte Rückenlage, Verhütung des Lufteintrittes. Auf die nachfolgende Auswischung der Uterusinnenfläche mit Tct. jodi u. s. w. vermittelst Playfair'scher Sonde, sowie auf das Einlegen von Jodoformstäbchen lege ich kein Gewicht. Auch von dem Einführen eines Gazestreifens (Jodoform-, Dermatol-, Xeroform-, Airolgaze) nehme ich meist, immer aber bei fieberhaften Fällen Umgang. Die nachfolgende Blutung wird in Fällen vollständiger Ausräumung fast immer eine minimale sein, ist ja schon der manuelle Eingriff ein energisches, contractionsbeförderndes Mittel. Nur in den seltenen Fällen stärkerer, vielleicht atonischer Blutung oder bei hochgradig ausgebluteten Kranken,

wo man jeden Tropfen Blut sparen muss, wird man unter Zuhilfenahme von Speculis (am besten rinnenförmigen), Kugelzange und Uterusstopfer oder Chrobak'scher Zange tamponiren. Stets darf hiezu nur sterilisirte Gaze verwendet werden, während es im Uebrigen gleichgiltig ist, mit welchem Antisepticum die Gaze imprägnirt ist. Nicht Anstreifen der Gaze an den Crines! Für fieberhafte Fälle sehe ich, wie erwähnt, immer von der Tamponade ab; hier gilt mir das Princip der offenen Wundbehandlung.

Bei dem im Gange befindlichen Abortus, bei welchem wir wegen starker Blutung eingreifen müssen, aber Muttermund und Cervix noch nicht durchgängig antreffen, werden wir unter allen aseptischen Cautelen die Scheide oder womöglich Uterus und Scheide fest tamponiren und am nächsten Tage entweder Frucht und Placenta hinter dem Streifen liegend antreffen oder doch solche Verhältnisse geschaffen haben, welche die Ausführung der manuellen Ausräumung jetzt ermöglichen.

Wird uns die Indication zur Beendigung des Abortus durch hohes Fieber (eventuell vorausgegangene Schüttelfröste) gegeben, dann werden wir trachten, so schnell als möglich zum Ziele zu gelangen und bei undurchgängigem Muttermund die Dilatation desselben mit Hegar'schen Stiften vornehmen; dieselbe muss den Muttermund und Cervix so weit durchgängig machen, dass ein Finger bequem eingeführt werden kann. Hiezu ist oft die Narkose unerlässlich. An die Dilatation wird die manuelle Ausräumung oder, wenn diese bei langem Cervicalcanal Schwierigkeiten bietet, die Ausräumung mit Schultze'scher Löffelzange und stumpfer Schlingencurette (Récamier) angeschlossen. Stets hat der Finger hiebei zu controliren, da sonst nicht selten ganze Placentarlappen — insbesondere bei stark retroflectirtem Uterus und langem, undehnsamen Halscanal — zurückgelassen werden können. Die früher erwähnten Vorbereitungen quoad asepsim gelten natürlich auch für diesen Eingriff, ebenso die früheren Ausführungen über die nachfolgende Uterusausspülung und die Tamponade der Gebärmutter. Zu eigenem Schutze mit Bezug auf Selbstinfection, sowie Infectionsübertragung sind für diese septischen, bezw. saprämischen Fälle Gummihandschuhe warm zu empfehlen. Die von mir verwendeten Friedrich'schen nahtlosen Gummihandschuhe haben mich weder im Tasten noch Operiren je gestört.

Ist die Ausstossung der Frucht spontan erfolgt und lässt nur die Placenta auf sich warten, dann fragt es sich, wie wir unser therapeutisches Handeln einzurichten haben. Es führt uns dies zur Therapie des Abortus incompletus.

In den überwiegend häufigsten Fällen, in denen wir bei der Fehlgeburt zu interveniren haben, handelt es sich um einen Abortus incompletus (in 76% meiner Fälle). Die Frucht ist spontan, von der Kranken bemerkt oder unbemerkt, abgegangen; es besteht meist kein anderes Symptom, als eine mehr oder minder starke Blutung, keine Wehen. Die Blutung kann alle möglichen Abstufungen zeigen: spärliche Blutflecke bis wahrhaft erschreckende Hämorrhagien. Die Blutung kann auch zeitweise, Stunden bis Tage, aussetzen, um bei äusserer Veranlassung (z. B. Aufsetzen im Bette) und auch ohne eine solche aufs Neue einzutreten. In protrahirteren Fällen können jauchiger, höchst übelriechender Ausfluss und verschieden hohe Temperatursteigerung bestehen (in 13% meiner Fälle von Abortus incompletus). Der Untersuchungsbefund ist in den frischen Fällen, das heisst bald nach dem Abgang der Frucht, ein ziemlich eindeutiger, diagnostisch nicht leicht zu verkennender. Man tastet den für 1—2 Finger durchgängigen Muttermund und im Uteruscavum deutlich die Placenta oder Placentareste. Schwieriger wird aber die Erkenntniss in den Fällen, wo zwischen der Ausstossung der Frucht und der ärztlichen Inanspruchnahme eine längere Zeit (Tage bis Wochen) verstrichen ist. Hier kann der Muttermund bereits völlig geschlossen sein; wir tasten dann nur einen etwas vergrösserten, etwas weicheren Uterus und werden oft an der Hand der Anamnese (Ausgebliebensein der Menses, Auftreten plötzlicher Blutung, vielleicht auch mit wehenartigen Schmerzen begleitet), ferner auf Grund der Schwangerschaftszeichen und des Abgehens kleiner Gewebsstücke die Diagnose auf einen unvollendeten Abortus stellen können. Nichtsdestoweniger wird es eine Reihe von Fällen geben, wo wir wenigstens anfangs die Diagnose in suspenso lassen müssen, und weiters Fälle, in welchen wir einen Abortus incompletus annehmen aber plötzlich durch den Abgang von Frucht und Placenta überrascht werden.

In den frischen Fällen fragt es sich nun, ob wir den spontanen Abgang der Placenta abwarten können und sollen. Starke Blutung und erhöhte Temperatur werden uns immer zur sofor-

tigen Beendigung des Abortus veranlassen. Aber auch beim Fehlen dieser Symptome wird unser Warten nur auf beschränkte Zeit sich erstrecken dürfen, lediglich aus dem Grunde, weil wir sonst Gefahr laufen, unter ungünstigeren Bedingungen, bei geschlossenem oder sehr verengtem Muttermund oder bei beginnenden Zersetzungssymptomen eingreifen zu müssen. Es ist hier schwer, eine Zeitangabe zu machen, weil sich dieselbe hauptsächlich nur auf die persönliche Erfahrung des Einzelnen aufbaut. Länger wie dreimal 24 Stunden warte ich bei einem sichern Abortus incompletus nicht. Auch äussere Verhältnisse werden manchmal unser Handeln beeinflussen müssen. Ist die Kranke weit von verständiger ärztlicher Hilfe, so werden wir wegen Gefahr einer starken Blutung, die jeden Moment eintreten kann, den Abortus möglichst zu beendigen suchen.

Eine die Ausstossung der Placenta befördernde Wirkung des Chininum sulfuricum, welches insbesondere französische Autoren in 3 Dosen à 0·5 in Pausen von 10 Minuten empfehlen, habe ich nie gesehen.

Wenn wir nun activ eingreifen müssen, so wird sich den verschiedenen anatomischen Verhältnissen entsprechend unser therapeutisches Verhalten verschieden gestalten. Die schon früher beschriebene abdominovaginale Expression wird nur in den Fällen von Erfolg begleitet sein, wo die Placenta vollständig gelöst ist und nur von einem engen, rigiden Cervix, bezw. Muttermund im Uteruscavum oder in der Cervix zurückgehalten wird. Ist sie ohne Erfolg, dann werden wir bei eröffnetem, für 1—2 Finger durchgängigem Muttermund trachten, zunächst bloss manuell oder mit Zuhilfenahme der Löffel- und Kornzange die Placenta zu entfernen (wie oben geschildert). Tastet der nach der Entfernung zur Controle eingeführte Finger Reste, die so fest haften, dass sie mit demselben nicht abgelöst werden können, dann darf vorsichtig curettirt werden. Principiell in allen Fällen der manuellen Ausräumung das Curettement anzuschliessen oder überhaupt nur zu curettiren, ist, wie schon erwähnt, verwerflich. Der Finger bleibt das beste und sicherste Instrument. Wer beim Abortus incompletus nur curettirt, wird sich häufig der Gefahr aussetzen, über die Placentafläche zu schaben, ohne dieselbe zu entfernen und wird häufig die Beschämung erleben, dass am Tage nach der vorgeblichen Excochleation oder auch später die zurückgebliebene Placenta spontan ausgestossen wird. Oder er wird auch sehr

häufig grössere und kleinere Placentareste zurücklassen, da der weniger geübten Hand die Austastung des Uterus mit der Curette keineswegs sehr geläufig ist. Das Austasten des Uterus vor und nach dem Curettiren, wenn ein solches nothwendig ist, ist stets zu beachten.

Bei einem Muttermund, der kaum für einen Finger durchgängig oder der gar geschlossen ist, kann man zwischen der mehr conservativen Tamponade und dem radicaleren Verfahren der sofortigen Ausräumung wählen. Die Gründe für die Wahl des einen oder des anderen Vorgehens sind in den bestehenden Symptomen und in der Zeitdauer gelegen, die seit dem supponirten Beginne des Abortus verflossen ist. Starke Blutung und Fieber werden, wie bei dem im Gange befindlichen Abortus, so auch hier beim Abortus incompletus eine möglichst rasche Entleerung des Uterus bedingen; beim Fehlen dieser Symptome kann man eher das längere Zeit beanspruchende conservative Verfahren einschlagen. Ist aber seit dem Zeitpunkt, wo die Frucht wahrscheinlich abgegangen ist, längere Zeit verstrichen, dann wird man weniger Aussicht haben, durch die Tamponade wehenerregend und erweiternd zu wirken, als in den relativ frischeren Fällen. Man wird hier oft nach 12—24stündiger Scheiden-, bezw. Uterusscheiden - Tamponade weder Muttermund noch Cervix dilatirt finden.

Auf eine vollkommene Entleerung des Uterusinhaltes hat man insbesondere in Fällen von langem, undehnsamen Cervicalcanal bei älteren Abortirenden, sowie in Fällen von Retroflexio uteri zu achten, wo nicht selten bei manueller, häufiger aber bei bloss instrumenteller Ausräumung Placentareste zurückgelassen werden. Die Gefahr der Perforation des Uterus ist bei eingeschränkter und unter den beschriebenen Cautelen erfolgender Verwendung der Curette keine grosse. Sie wird insbesondere bei septischem Abortus beobachtet, wo die weiche und schlaffe Uteruswand jedenfalls eine erhöhte Disposition gibt.

Anschliessend an die manuelle oder instrumentelle Ausräumung von fieberhaften unvollständigen Abortusfällen beobachtet man häufig das Auftreten eines heftigen Schüttelfrostes mit Temperatursteigerung bis 40·5°, welcher durch den Eintritt der saprämischen Stoffe in den Kreislauf bedingt ist. Dieses für die Kranke und ihre Umgebung höchst schreckhafte Ereigniss braucht nicht zu Besorgnissen Anlass zu geben, da nach wenigen Stunden

die Temperatur abfällt, um dann andauernd in der Norm zu bleiben; doch ist es praktisch, die Umgebung der Kranken in solchen Fällen von fieberhaftem Abortus incompletus auf den eventuellen Eintritt eines Schüttelfrostes aufmerksam zu machen.

Ueber die von Pincus auch für die Behandlung des Abortus empfohlene Vaporisation habe ich keine Erfahrung; jedenfalls wird der aus der Treub'schen Klinik berichtete Fall — Nekrose am Fundus, spontane secundäre Perforation, Tod durch septische Peritonitis — gerade mit Bezug auf den graviden, resp. puerperalen Uterus, mit dem wir es hier zu thun haben, nicht ermunternd für die Anwendung der Vaporisation wirken.

Von dem seltenen Ereigniss der Perforation, sowie von den von vornherein schwer inficirten Fällen abgesehen, sind die Resultate bei der Behandlung des Abortus incompletus fast ausnahmslos gute, wenn eine vollständige Entleerung des Uterus bei Durchführung der strengsten Asepsis erzielt wurde.

Was den Abortus peractus oder completus betrifft, so ist seine Unterscheidung vom incompleten Abortus oft sehr schwierig. Selbst wenn das anscheinend ganze Ei oder die Frucht und die anscheinend ganze Placenta vorliegen, lässt es sich nicht sicher behaupten, ob nicht kleine Reste zurückgeblieben sind. Insbesondere schwer ist aber die Entscheidung, wenn wir nach Tagen wegen Blutungen berufen werden und nur in der Anamnese von dem stattgehabten Abortus hören. Ob Frucht- und Nachgeburt vollständig abgegangen sind, können Laien und mitunter auch Hebammen nicht angeben. Eine geringe Blutung, wie sie für die ersten Tage des Puerperiums physiologisch ist, gibt nicht das Recht, eine Retention von Placentaresten anzunehmen. Wir werden also jedenfalls zuwarten und nur bei länger dauernder Blutung oder bei auftretendem Fieber zu einem Eingriff schreiten.

Ein Abortus completus kann, wie ein Fall von Cuthberson beweist, durch mehrere in aufeinanderfolgenden Tagen sich vollziehende Mehrlingsaborte vorgetäuscht werden; umgekehrt kann man, wie der folgende Fall zeigt, durch merkwürdige Verhältnisse in die Lage kommen, einen Abortus peractus für einen Abortus incompletus anzusehen:

Am 14. März d. J. wurde ich von Collegen Dr. B. zu einer Frau A., Pr. Nr. III. 128. berufen, wo ich trotz der Angabe regelmässiger Menses einen Abortus incipiens im IV. Lunarmonate diagnosticirte. Am 20. März neuerlich zur Frau berufen,

hörte ich, dass am Tage nach der ersten Consultation (am 15. März) der Abortus (6 cm lange Frucht) spontan erfolgt sei; ob auch die Placenta vollständig abgegangen, war nicht zu erheben. Jetzt noch andauernd starke Blutungen und wehenartige Schmerzen. In der Voraussetzung eines Abortus incompletus unternahm ich die Ausräumung des Uterus, wobei ich nur ein überhaselnussgrosses derbes Gewebsstück entfernte. Hierauf gänzliches Aufhören der Blutung und Schmerzen. Die Untersuchung (Institut Prof. Paltauf) ergab, dass das entfernte Stück ein submucöser Myomknoten war, welcher die andauernde Blutung unterhalten hatte.

Die Nachbehandlung des Abortus unterliegt denselben Regeln, wie das Wochenbett nach rechtzeitiger Geburt. Ja, es gibt Autoren, welche den Standpunkt vertreten, dass das Wochenbett post abortum noch strenger, wie das post partum eingehalten werden müsse, da die Entbindung ein physiologischer, der Abortus aber ein pathologischer Act sei. Ruhe, eingeschränkte Diät, zweimal tägliche, äussere Reinigung des Genitales, Sorge für regelmässige Darmentleerung gelten auch für das Wochenbett post abortum. Scheidenirrigationen mit ausgekochtem, gläsernem Mutterrohr wird man nur bei übelriechenden Lochien verordnen. Auch bei normalem Verlaufe wird man das Aufstehen nicht vor dem neunten Tage erlauben. Ergotin wird man nur bei stärkerer Blutung verabreichen.

Bezüglich der Anzeigepflicht besteht die Bestimmung, dass alle Fälle von Abortus, woferne sich überhaupt bereits eine Frucht vorfindet, der Anmeldung unterliegen. Hier ist der „ärztliche Behandlungsschein“ (A. Für Todtgeborne und die in der ersten Woche nach der Geburt an Lebensschwäche oder wegen angeborner Bildungsanomalien verstorbenen Kinder) auszufüllen.[1]) Für den criminellen Abortus gilt der § 359 des Strafgesetzes: „Aerzte, Wundärzte, Apotheker, Hebammen und Todtenbeschauer sind in jedem Falle, wo ihnen eine Krankheit, eine Verwundung, eine Geburt oder ein Todesfall vorkommen, bei welchen der Verdacht eines Verbrechens oder Vergehens oder überhaupt einer durch Andere herbeigeführten gewaltsamen Verletzung eintritt, verpflichtet, der Behörde davon unverzüglich die Anzeige zu machen. Die Unterlassung dieser Anzeige wird als Uebertretung mit einer Geldstrafe von 10 bis 100 fl. geahndet.“ Hiebei ist zu

[1]) Seit neuester Zeit besteht nur ein Formulare für alle Todesfälle und Todtgeburten.



beachten, dass die Pflicht der Anzeige nicht nur dem behandelnden, sondern auch dem pro consilio beigezogenen Arzt obliegt.

Im Anschlusse an die besprochenen Formen des Abortus seien die folgenden Fälle meiner Beobachtung angeführt:

Fr. K., Pr. Nr. I. 15. Mp., eine gesunde kräftige Frau, hatte die letzten Menses am 15. April 1897. Am 20. Juni Morgens wurde ich zur Frau berufen und fand dort einen placentaähnlichen, eine rauhe Aussenfläche zeigenden, vollkommen geschlossenen und einen typischen Uterusausguss darstellenden Sack von 1·5 cm dicker Wand, welchen die Kranke nach einstündigen Wehen unter spärlicher Blutung ausgestossen hatte. Die Höhle im Innern erwies sich als vollkommen leer. Der Verlauf des Wochenbettes völlig normal. Die Frau hat seither wieder spontan entbunden. Die Wandungen des Sackes erwiesen sich als Decidua; solche Fälle, für welche man annehmen muss, dass das Ei in sehr früher Zeit zu Grunde gegangen ist, werden von amerikanischen Autoren als spurious abortion bezeichnet.

Fr. R., Pr. Nr. II. 15, die zweimal normal entbunden war, das letzte Mal vor 6 Jahren, und seither zweimal abortirt hatte, sah ich am 21. Februar 1899 in meiner Ordinationsstunde. Damals hatte ich folgenden Befund notirt: letzte Menses 15. October. Uterus vergrössert, zwei Querfinger über dem Nabel, weich, kugelig, Graviditas m. l. IV. Sie gab an, keinerlei subjective Schwangerschaftsbeschwerden zu verspüren und sonst völlig wohl zu sein. Sehr irre wurde ich an meiner Schwangerschaftsdiagnose, als ich die Frau am 10. Juni 1899 ganz gelegentlich zu untersuchen in der Lage war und den Uterus in gleicher Höhe stehen, nur anscheinend etwas derber fand. Am 16. Juli wurde ich schleunigst zu der Patientin gerufen, die ich ganz anämisch, ganz ausgeblutet antraf. Bei der Untersuchung fand ich den äusseren Muttermund für drei Finger durchgängig, den Cervix fast verstrichen, im Uterus die Frucht und die fast ganz gelöste Placenta. Die Länge der Frucht betrug 8·5 cm, der Fötus war im feuchten Macerationszustand. Es war klar, dass der Fötus seit ungefähr Ende Jänner, anfangs Februar abgestorben war und nun zum Termin der rechtzeitigen Entbindung (es wäre dies der 22. Juli gewesen) ausgestossen wurde. Es ist dies ein Fall von missed abortion, woferne man darunter nicht nur jene Fälle begreift, wo der abgestorbene

Fötus über die normale Zeit der Schwangerschaftsdauer hinaus retenirt wird.

Zu Fr. K., Pr. Nr. I. 33, die ich gelegentlich früher behandelt hatte, wurde ich am 26. October 1897, um 8 Uhr Früh eiligst gerufen. Die Frau, die sonst stets gesund gewesen war, war am Morgen noch munter aufgestanden und plötzlich ohne Angabe eines besonderen Schmerzes ohnmächtig geworden. Temperatur normal, Puls 90, sehr klein; geringer Blutabgang aus der Scheide. Hinter dem Uterus und links von demselben ein sehr druckempfindlicher, weicher, nach oben nicht scharf abgrenzbarer Tumor. Ich stellte die Diagnose auf geplatzte Tubargravidität und konnte anamnestisch, als sich die Frau etwas erholt hatte, nur feststellen, dass die letzten Menses statt am 19. October am 25. (also am vorangegangenen Tage) eingetreten sein sollen. Da der Mann der Kranken die Situation und die Nothwendigkeit einer eventuellen Operation nicht einsehen wollte, bestand ich auf die Berufung eines Collegen, der meine Diagnose vollinhaltlich bestätigte. Aus Scheu vor den Kosten eines Sanatoriums wurde die Frau von den Angehörigen in ein Spital transferirt, wo sie gestand, dass sie vor wenigen Tagen aus Furcht vor einer Gravidität sich die Frucht abtreiben liess. Daraufhin wurde der Fall als Perforation des Uterus infolge crimineller Fruchtabtreibungsversuche, der von mir als Hämatocele angesprochene Tumor als pelveoperitonitisches Exsudat oder Hämatom aufgefasst und darum von der Operation abgesehen. Tod am 7. November 1897. Gerichtlicher Obductionsbefund vom 10. November 1897: Rupt. gravid. extraut. Verletzungen an den Scheidengewölben, an der Portio oder am Uterus waren nicht zu constatiren. Dieser Fall ist, soviel mir bekannt ist, das einzige Beispiel einer intrauterin versuchten Fruchtabtreibung bei extrauteriner Gravidität.

Es ist eine alte Erfahrung, dass Frauen, welche einmal abortirt haben, leicht wieder abortiren, auch wenn die Fehlgeburt nicht auf constitutionellen Ursachen, z. B. Syphilis beruht. Und eine häufige Frage, welche beim Abortus an uns gerichtet wird, insbesondere dort, wo man sich ein lebendes Kind wünscht, gilt der Verhütung einer späteren Fehlgeburt. Damit betreten wir das grosse Gebiet der Abortusätiologie, deren Kenntniss für die Prophylaxe unumgänglich nothwendig ist und wobei der letzte Abortus (lebender oder todter Fötus) gewisse Anhaltspunkte

gewähren kann. Bei Syphilis der Eltern oder bloss des Vaters werden wir beide Theile einer energischen antiluetischen Behandlung unterwerfen; Lageveränderungen (Prolaps, Retroflexionen und -Versionen), Metritiden, entzündliche Adnexerkrankungen der Mutter müssen der geeigneten Behandlung zugeführt werden, insbesondere aber die chronische Endometritis, welche neben der Syphilis zu den häufigsten Ursachen des Abortus gehört. Bei einer neuerlichen Gravidität wird man auf die Fernhaltung aller Gelegenheitsursachen eines Abortus (mechanische, thermische Reize) insbesondere zur Zeit der Menses achten, bei habituellem Abortus, welcher immer zu einer bestimmten Zeit erfolgt, die Frau zu derselben im Bette halten. Grosse Lorbeeren sind aber auf diesem Gebiete meist nicht zu pflücken.

REFERATE.

Interne Medicin.

Ueber rectale Wasserzufuhr in Magenkrankheiten und bei allgemeinem Wasserbedürfniss des Körpers. Von J. v. Mering.

Vf. hat in Thierexperimenten die Thatsache festgestellt, dass der Magen nicht im Stande ist, Wasser zu resorbiren; er vermag aus concentrirten Lösungen einen Theil der gelösten Substanzen aufzusaugen; aber das Wasser muss erst aus dem Magen in den Darm befördert werden, ehe es dem Organismus zu Gute kommen kann. Eine Reihe klinisch wohlbekannter Thatsachen dienen zum Beweis, dass auch der menschliche Magen kein Wasser aufzusaugen vermag. Wenn man Abends Kranken mit motorischer Insufficienz des Magens infolge von Pylorusstenose, nachdem der Magen von seinem Inhalt völlig befreit ist, $^1/_2$ l dicke Mehlsuppe oder 200—300 cm^3 concentrirte Zuckerlösung zu trinken gibt, so kann man des Morgens etwa $^3/_4$ bis 1 l Flüssigkeit aus dem Magen herausbefördern. Patienten mit wesentlich verengtem Pylorus oder vorgeschrittener Ektasia ventriculi lassen nur noch geringe Mengen Urin, sie vertrocknen und verdursten, trotzdem ihr Magen mit Wasser überfüllt ist.

Bei der Resorption im Magen kommen im Wesentlichen nur physikalische Gesetze (osmotischer Druck) in Betracht, im Gegensatz zu der Darmresorption, welche durch die Lebensäusserung von Zellen bedingt ist.

Diese Resultate konnten nicht ohne therapeutische Consequenzen bleiben; wenn der Magen gar nicht mehr bei der Wasseraufsaugung betheiligt ist, so muss man in solchen Fällen, welche die motorische Function des Magens lahm legen, die zu resorbirende Wassermenge dem Darm direct zuführen. Bei Verengerung des Pylorus und bei hochgradiger motorischer Insufficienz, wie sie oft bei Magendilatationen vorkommen, verdienen die systematischen Klystiere die wärmste Empfehlung. Man macht am besten Morgens und Abends je einen Einlauf von $^1/_2$ l lauwarmen Wassers (eventuell unter Zusatz einer grossen Messerspitze Kochsalz), welches so lange als möglich festgehalten wird. Danach steigt die vorher stark verminderte Urinmenge, die allgemeine Trockenheit nimmt ab, der lebhafte Durst wird vermindert.

Wann auch immer die Magenthätigkeit gelitten hat oder der Ruhe bedarf, scheint eine Entlastung des Magens durch zeitweises oder dauerndes Benutzen des Mastdarms wenigstens für die Wasserresorption am Platz. Vf. gibt sehr häufig bei Magenkrebs und Magengeschwür Klystiere; beim Carcinom sind dieselben namentlich anzuwenden, wenn häufige Magenausspülungen gemacht werden; bei Ulcus ist in der ersten Woche das Klystier zur Ernährung mit herbeizuziehen. Auch bei Katarrhen und bei Neurosen des Magens macht man öfters mit Vortheil von rectaler Wasserapplication Gebrauch; im ersten Fall, namentlich da, wo starke Magengährungen zugleich mit geringbleibender Urinmenge die motorische Schwäche des Magens darthun; bei nervösen Dyspepsien kommt eine besonders schlechte Verdauung von flüssigen Speisen nicht ganz selten vor (dyspepsie de liquide); noch 4—5 Stunden nach Genuss von Thee, Kaffee, Milch bestehen lebhafte Magenbeschwerden; in solchen Fällen thut man gut, das Trinken zeitweilen möglichst einzuschränken und dafür das Rectum für die Flüssigkeitszufuhr zu benutzen.

Ohne Beschränkung der gewohnten Getränkemenge sind Mastdarmeingiessungen am Platz, wo quälendes Durstgefühl ein allgemeines Wasserbedürfniss des Körpers anzuzeigen scheint. In schweren Fällen von Diabetes mellitus empfehlen sich häufig Klystiere von dünnen (1%) Natronbicarbonat-Lösungen; hierdurch wird nicht nur der Durst vermindert und durch die gleichzeitige Natronzufuhr unter Umständen dem Koma vorgebeugt, sondern es wird durch die zeitweise Umgehung des

Magens auch die Entstehung von Ektasien verhindert, wie sie durch massloses Trinken hervorgerufen werden können. Aehnliche Erwägungen sind bei Diabetes insipidus am Platze.

Wasserklystiere werden ferner mit Vortheil angewandt bei allgemeinen Wasserverlusten. Erschöpfende Schweisse insbesondere bei Phthisikern geben gelegentlich eine solche Indication. Von grösserer Bedeutung sind Eingiessungen bei diarrhöischen Zuständen. Sowohl bei acuten als bei chronischen Diarrhöen sind Darminfusionen von grossem Nutzen; hier werden sie vortheilhaft mit kleinen Mengen adstringirender Substanzen versetzt. Unter Umständen kann es rathsam sein, den Darm mit der adstringirenden Lösung nur einfach auszuspülen, oft aber lässt man den Patienten nach geschehener Eingiessung das Wasser zurückhalten und bringt den grössten Theil desselben zur Resorption. Eine besonders wesentliche Rolle spielt die rectale Wasserzufuhr nach grossen Blutverlusten. Der Ersatz des Blutwassers ist bei profusen Hämorrhagien von vitaler Bedeutung. Der Magen kann nur langsam die Flüssigkeitszufuhr vermitteln: man führt in kritischen Fällen dem Körper subcutan oder gar intravenös Wasser zu. Vom Rectum aus kann ein vollkommener Ersatz des Blutwassers stattfinden. Es empfiehlt sich somit nach profusen Blutungen, welche das Leben schwer bedrohen, sofort eine Eingiessung von 1 l lauwarmer $^1/_2\,^0/_0$iger Kochsalzlösung zu machen und dieselbe eventuell in Zwischenräumen von 3 Stunden 1—2mal zu wiederholen. — (Therap. d. Gegenw. Nr. 4, 1899.)

Klinische Beobachtungen über den therapeutischen Werth des Heroins. Von Dr. Sigismund Wierzbicki.

Die Wirkung des Heroins wurde in mehreren Fällen von Tuberculose, von acutem Bronchialkatarrh, bei chronischem Bronchialkatarrh und bei Emphysema pulmonum beobachtet. Dosis 0·005 3—6mal täglich. Als Mittel gegen Husten erscheint das Heroin in jeder Beziehung erfolgreich. In allen Fällen verminderte sich der Husten sowohl in Betreff der Häufigkeit, als auch in Betreff der Quantität des Auswurfes. Von Nebenwirkungen konnte nur bei einigen Kranken ein eigenthümliches Gefühl des Kratzens im Halse und einer gewissen Trockenheit im Rachen beobachtet werden. Auf Temperatur, Kreislaufsystem, Digestionsorgan konnte man keine Wirkung finden. Auf die Nachtschweisse hatte Heroin keinen Einfluss. Grössere Gaben,

0·02 g 3—4mal täglich, die Vf. an sich selbst versuchte, brachten ein gewisses Gefühl der Müdigkeit, Schläfrigkeit, das Gefühl der Trockenheit im Kehlkopf und Rachen und damit einen kaum löschbaren Durst, dann leichte Verminderung der Darmperistaltik und demzufolge Stuhlträgheit. In vergleichender Zusammensetzung mit Morphium konnte man nur soviel beobachten, dass die Kranken in Fällen von weit vorgerückten tuberculösen Processen trotz der Verminderung des Hustens nach Genuss des Heroins um die vorher gereichten Pulver von Pulvis Doveri baten. Vf. empfiehlt das Heroin besonders in Fällen von Bronchialkatarrh und in Anfangsstadien der Phthise als Ersatz für Morphium. — (Klin. therap. Wochenschr. Nr. 27, 1899.)

Ueber Tanocol. Nebst Bemerkungen über Behandlung gewisser Formen von Dünndarmkatarrh. Von Prof. Dr. Rosenheim.

Vf. hat das Tanocol bei gesunden und kranken Menschen verwendet. Es zeigte sich hierbei: 1. Dass es keinerlei subjective Beschwerden im Magen hervorruft, auch nicht bei Patienten mit Gastritis, Carcinom, Hyperaesthesia nervosa, und dass es objectiv nachweisbar die Secretionsverhältnisse im Magen oder die Motilität des Organs nicht beeinflusst. 2. Es bewährte sich in Dosen von 1 g mehrmals täglich für Erwachene und in entsprechend kleinerer Dosis für Kinder als ein zuverlässiges Darmadstringens, dessen Leitungsfähigkeit der der besten zur Zeit vorhandenen Tanninpräparate bei der Bekämpfung verschiedenster Arten von Darmreizungszuständen mit Diarrhöen gleichwerthig war, und das, als Pulver verabreicht, stets gern genommen und gut vertragen wurde. Vf. meint, dass damit, dass Tannin nur einseitig symptomatisch zur Bekämpfung einer Diarrhöe benutzt wird, das Wirkungsgebiet dieses Mittels nicht erschöpft ist. Er hatte vielfach Gelegenheit, die Tanninpräparate bei einer Gruppe von Darmkranken zu verwerthen, bei denen das belästigende Symptom der Diarrhöe so gut wie gar nicht hervortrat, ja die zum Theil an Verstopfung litten, oft aber auch ganz normale Entleerung hatten. Es sind jene Fälle von Dünndarmerkrankung (Dünndarmreizung, resp. Entzündung), bei denen der Dickdarm im Wesentlichen gesund ist und gemeinhin normal functionirt, bei denen meist eine Magenerkrankung entzündlicher Art vorausgegangen ist (Gastritis acida oder subacida) oder noch nebenher bestehen bleibt, ohne dass die Letztere aber noth-

wendig prägnante Beschwerden zu machen braucht. Es sind nervöse und empfindliche Personen, die meist 1—4 Stunden nach der Mahlzeit bald über Unruhe und Kollern, bald über Spannungsgefühle und Blähungen, bald über ganz scharf localisirte, bald über mehr vage Schmerzempfindungen im Leibe zu klagen haben, Beschwerden und Belästigungen, die sie dyspeptisch machen, die ungünstig auf die Arbeits- und Genussfähigkeit einwirken durch die sie ruhe- und schlaflos werden.

Bei diesen Fällen kommt es, abgesehen von einer den allgemeinen Nerven- und Ernährungszustand, ferner die Magenverhältnisse berücksichtigenden Behandlung, sehr darauf an, die Dünndarmthätigkeit zu reguliren, dementsprechend stehen hygienische und diätetische Massnahmen obenan. Von einer gelegentlichen symptomatischen Behandlung mit Salzsäure, Alkalien, die dem Magen in erster Reihe, oder mit Brom, Opium, die dem Nervensystem, oder mit Carminativis, Strychnin u. A., die dem Darm zu Gute kommt, abgesehen, bringt öfter eine milde Karlsbader Cur (kleine Dosen heissen Brunnens während mehrerer Monate getrunken) wirklichen Vortheil, andere Male hat Vf. auch gerade durch consequente Verabreichung kleiner Gaben eines Tanninpräparates, wie z. B. des Tanocol (0·5 p. Dos. 3—4mal täglich) den Patienten wesentlich genützt, indem die subjectiven Beschwerden beträchtlich nachliessen, die locale Reizbarkeit wie die allgemeine Erregbarkeit beschwichtigt wurden. Alle Abführmittel, die explosiv auf einmal wirken, sind zu vermeiden. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22, 1899.)

Ueber Diaeta parca in der Behandlung des Aortenaneurysmas.

Von Dr. S. Laache.

Die Einschränkung der festen und flüssigen Nahrung bei Circulationsstörungen, von den Italienern des 17. und 18. Jahrhunderts, z. B. von Valsalva, geübt, wurde in der neueren Zeit von Bellingham und Tufnell in ein gewisses System gebracht. Letzterer verordnete folgende Kostformel: Früh 60 g Milch oder Cacao mit 60 g Brot und Butter. Mittags: 90 g Fleisch mit 90 g Kartoffeln oder Brot, 120 g Wasser oder Bordeaux. Abends: 60 g Milch oder Thee mit Milch, 60 g Brot und Butter. Summa summarum 300 g fester, 240 g flüssiger Nahrung. Später hat Oertel die Einschränkung der Flüssigkeitseinfuhr bei Circulationsstörungen wissenschaftlich zu begründen versucht.

Vf. hat die modificirte Tufnell'sche Cur bei einem Kranken

mit Aortenaneurysma erfolgreich angewendet und ging dabei von der Absicht aus, die Gesammtblutmenge einzuschränken, um der Gefahr der Berstung des Sackes durch den hohen Wanddruck von Seite der Blutsäule nach Thunlichkeit zu steuern. Der 48-jährige Patient zeigte im Herbste 1892 Störungen von Seiten des Herzens und der Circulation, die sich in Unruhe in der Herzgegend, Herzklopfen und Athemnoth äusserten und durch das Vorhandensein eines scharfen systolischen Blasens, das deutliche Katzenschnurren und der Erfolglosigkeit der üblichen Therapie den Verdacht eines Aneurysmas nahelegten, zumal wahrscheinlich Lues vorangegangen war. Directe rationelle Zeichen einer Aneurysmadiagnose waren allerdings nicht zu finden, immerhin aber wurde die Therapie dieser Annahme entsprechend eingeleitet und absolute Bettruhe, Eisblase aufs Herz, Jod in steigender Dosis und eine reducirte Diät in folgender Zusammensetzung angeordnet: Frühstück: 200 g Chocolade, ein kleines Weissbrötchen, 10 g frische Butter, ein weiches Ei. Mittags: Zwei Fleisch- und Fischkuchen (aus gehacktem Rohmaterial) ohne Sauce, eine Kartoffel, 200 g frische Milch. Abends: Zwei Stückchen Weissgebäck ohne Butter, 200 g frische Milch. Gesammtbrennwerth nach König: 1244 Calorien pro die.

Bald nach Einführung dieser Therapie liessen die Schmerzen und die präcordiale Unruhe nach, das Gesicht verlor den ängstlichen Ausdruck, ohne dass bis auf die ersten Tage über ein eigentliches Hunger- oder Durstgefühl geklagt wurde. Die Harnabsonderung betrug analog der Flüssigkeitseinfuhr 400—500 g in 24 Stunden. Nach längerer annähernd constanter Durchführung der beschränkten Diät fiel das Köpergewicht um 12 Kilo, dabei aber war das Aussehen entsprechend dem subjectiven Wohlbefinden besser als vorher. Das Schwirren am Herzen hatte ex- und intensiv abgenommen, was dem Patienten deutlich zum Bewusstsein kam; die Pulsfrequenz betrug in der Bettruhe 72 Schläge pro Minute. Nach etwa einjähriger Cur begann Patient in bester Verfassung seinen Geschäften nachzugehen, bis er 1895 nach einer auf eigene Verantwortung unternommenen anstrengenden Reise in einem elenden Zustande heimkehrte. Es wurde abermals die strenge Diät angeordnet, während das Jod auch in der Zwischenzeit niemals ausgesetzt worden war. Der Erfolg war gleich günstig. Schliesslich fühlte sich Patient so wohl, dass er jede ihm gerathene Vorsicht ausser Acht liess, sich Abweichungen

von der Kostordnung erlaubte, Anstrengungen nicht auswich und im Herbst 1897 nach einer Reise unter zunehmender Mattigkeit und grossem Collaps zu Grunde ging.

Die Obduction besätigte das Vorhandensein eines apfelgrossen, halbkugelförmigen Aneurysma der Aorta ascendens, das mit alten Fibringerinnseln fast vollständig ausgefüllt war, und dessen Wandung nirgends eine Spur von Perforation nach aussen zeigte. Die Intima der übrigen Aortenwand war bedeutend verdickt und atheromatös, jedoch ohne Kalkablagerung, vielmehr lederähnlich gerunzelt, wie so oft bei Syphilitischen. Das Herz zeigte bis auf Dilatation nichts Abnormes.

Vf. resumirt seine Beobachtungen, dass, abgesehen von der Jodmedication und der Bettruhe, die consequente Durchführung der Tufnell'schen Diaeta parca, ohne dass man die durch sie bezweckte supponirte Volumsverminderung des Gesammtblutes begreifen könnte, den grössten Nutzen geleistet hat und dass sich der Patient selbst, von dieser Ueberzeugung durchdrungen, eben deshalb mit ausserordentlicher Ausdauer dieser strengen Vorschrift unterzog. — (Ther. d. Gegenw. 1899; Klin. Bl. f. Hydroth.)

Ueber nervöse Schlaflosigkeit und deren Behandlung. Von H. Wunderlich. (Schluss.)

Die sogenannte centrale Galvanisation, wobei der + auf die Stirn, der — Pol in den Nacken gesetzt wird, erweist sich bei geringer Stromstärke, etwa 0·5—2·0 Milliampère und kurzer (1—5 Minuten) Dauer, besonders in den Fällen von Schlaflosigkeit wirksam, in welchen das Einschlafen durch Congestionen nach dem Kopfe verhindert wird, während umgekehrt die Franklinisation in Form der sogenannten Frankliniscben Kopfdouche in den Fällen zu verwenden ist, in denen man Blutmangel im Gehirn als Ursache der Schlaflosigkeit vermuthet. Zuverlässiger jedoch sind beim neurasthenischen Halbschlafe die allgemeine Faradisation und vor Allem das bipolare faradische Bad. Die Dauer der Anwendung soll meist 10—15 Minuten, die Badewärme 32—34° C. betragen. Ein vorzügliches Beruhigungsmittel ist jene Form der allgemeinen Massage, welche in leichten centripetalen Streichungen der Haut des Rumpfes und der Glieder besteht. Für ihre Anwendung ist unbedingtes Erforderniss, dass noch ein leidlich guter Ernährungszustand bestehe, da die Massage bei stark abgemagerten Individuen sehr empfindlich zu sein pflegt und darum erregend wirkt. Eingreifendere Manipu-

lationen bei der allgemeinen Massage müssen, wenn sie als Ersatz der Bewegung zur Steigerung des Stoffumsatzes und der Darmbewegung bei Schlaflosen nöthig sind, auf die Vormittagsstunden verlegt werden, und selbst von der leichten allgemeinen Massage muss sofort abgesehen werden, sobald danach die Schlaflosigkeit zunimmt. In hartnäckigen Fällen kann man auch die Psychotherapie für die Behandlung der Schlaflosigkeit heranziehen. Suggestion im Wachen; die Anwendung der eigentlichen Hypnose wird sich stets auf seltene, sorgfältigst ausgelesene Fälle beschränken müssen.

Von der arzneilichen Behandlung soll beim neurasthenischen Halbschlaf, wenn irgend möglich, ganz Abstand genommen werden. Immerhin kann man sich derselben nicht in allen Fällen entschlagen. Von den Nervinis sedativis sind die Bromalkalien in den Vordergrund zu stellen. Am besten in der Form der Erlenmeyer'schen Bromsalzmischung oder bei leicht erregbarer Herzaction als Natriumsalz allein gegeben. Die Anfangsdosis dürfte etwa 3 g sein; steht der Körper einmal unter Bromwirkung, so genügen zur Erzielung desselben Effectes kleinere Dosen. Es empfiehlt sich, das Brom in absteigender Dosis zu geben, indem 2 Tage je 3 g, 2 Tage je 2 g und 2 Tage je 1 g verordnet werden. Da das Brom circa 2—3 Stunden zur Wirkung braucht, so empfiehlt es sich, beim neurasthenischen Halbschlaf schon eine Stunde vor dem Abendessen mit 1 g zu beginnen, eine Stunde nach demselben diese Dosis zu wiederholen, und beim Zubettgehen noch das dritte Gramm zu verabfolgen. Am 3. und 4. Tage wird dann die mittlere, am 4. und 5. Tage auch die letzte Dosis Brom weggelassen.

Weitere Hilfsmittel: Valeriana, als Infus kalt am Abend vor dem Schlafengehen zu trinken, oder die T. Valerian. simpl. in der Dosis von 15—20 Tropfen 3mal Abends nach dem Abendessen; Aq. amygdal. amar. zu 15—20 Tropfen 1—2mal, oder ein Aufguss von Flor. aurantiorum. Sehr gute Wirkungen ergeben auch Antipyrin, Salipyrin, Pyramidon, Phenacetin und Lactophenin sowie das Antifebrin, die Ersteren in der Gesammtdosis von 1 g, das Letztere von 0·5 g auf 2mal vertheilt im Zeitraum von einer Stunde. Sie erweisen sich namentlich in Fällen nützlich, in welchen sensible Erregungszustände, besonders Schmerzen irgend welcher Art, den Schlaf stören. Antipyrin (nach Penzoldt) namentlich bei der nächtlichen Polyurie, Phenacetin und Lacto-

phenin bei leicht erregbarem Herzen. Antifebrin besonders bei Schlaflosigkeit auf anämischer Basis. Bei allen diesen Mitteln, besonders aber bei dem Antifebrin, ist es gut, stets eine kleine Dosis Alkohol zwischen den beiden halben Einzeldosen zu geben, um Collapszustände zu vermeiden. Bei Angstgefühlen, welche aus schmerzhaften Empfindungen hervorgehen, Combinationen des Brom mit einem dieser Nervina. Alle diese Mittel dürfen nicht anhaltend gegeben werden.

Noch grössere Vorsicht und Zurückhaltung ist bei dem Gebrauch der eigentlichen Hypnotica geboten. Man soll sich höchstens alle 3 Tage zur Verordnung eines Schlafmittels herbeilassen und dabei unter den Schlafmitteln stets eine angemessene Abwechslung platzgreifen lassen. Allen eigentlichen Hypnoticis geht eine schmerzstillende Wirkung durchaus ab, sie sind bei Schmerzen von vornherein contraindicirt.

Chloralhydrat bewirkt nach Verlauf $^1/_2$ Stunde in Gaben von 1—3 g einen ruhigen guten Schlaf für 6—8 Stunden. Contraindicirt ist dasselbe bei der Schlaflosigkeit von Fieberdeliranten, besonders bei Typhus, von Herzkranken und schwereren Lungenkranken und bei Arthritis urica. Chloralamid in Gaben von 2 bis 3 g ungefährlich. Als Klysmata eignen sich beide Mittel nicht, da das Chloral direct, das Chloralamid durch den zu seiner Löslichkeit nöthigen Zusatz von Salzsäure reizend auf die Darmschleimhaut wirkt.

Die Bromidia (= Chloralhydrat, Brom āā 1·0 Extr. cannab. und Extr. Hyoscyami āā 0·008 in einem Theelöffel) ist entbehrlich und jedenfalls nicht ungefährlich, da zur Herbeiführung von unangenehmen Nebenwirkungen des Chlorals besonders seine Verbindung mit Narkoticis in Frage kommt.

Empfehlenswerth infolge ihrer geringen Beeinflussung der Circulationsorgane sind das Paraldehyd und das Amylenhydrat, beide in der Dosis von 2—3·5 g pro nocte; sie sind am besten bei anämischer Schaflosigkeit zu verwenden. Contraindicirt erscheinen beide bei Lungen- und Bronchialaffectionen, in welchen Hustenreiz besteht, sowie bei Magendarmkrankheiten, besonders bei Magengeschwür, sowie endlich bei schwereren Blutkrankheiten, da sie nachtheilig auf die Blutkörperchen wirken sollen. Aethylurethan und Cannabinum tannicum sind unsichere Schlafmittel. Die zweckmässigsten Schlafmittel bei der nervösen Schlaflosigkeit sind das Sulfonal und das Trional. Beide bewirken

einen ruhigen, ausgiebigen Schlaf bei der einfachen nervösen Schlaflosigkeit, während sie bei Schlaflosigkeit mit Angstaffecten sowie bei stärkeren sensiblen Reizerscheinungen sich wenig oder gar nicht wirksam erweisen. Bei Kranken mit dauernd gesteigertem Blutdruck soll man mit einer Anfangsdosis von 2 g beginnen; bei gesunkenem Blutdruck, besonders bei Sklerose der Kranzarterien, Fettherz und myokarditischen Veränderungen sind diese Mittel nur mit Vorsicht und in Gaben nicht über 1 g zu verwenden. Bei Morbus Brightii sind beide Mittel contraindicirt. Die Dosisbei bei den 1 bis höchstens 2 g; das Sulfonal 2—3 Stunden, das Trional kurz vor dem Schlafengehen.

Auf der Grenze zwischen den Hypnoticis und Narkoticis stehend, ist der Alkohol aufzufassen, der, in mässigen Dosen genommen, ein brauchbares Hypnoticum ist. Von dem Morphium als Schlafmittel ist bei der nervösen Schlaflosigkeit unter keinen Umständen Gebrauch zu machen. Dasselbe ist nur als schmerzstillendes Mittel in den Fällen erlaubt, in welchen die Schmerzen keinem anderen Verfahren weichen, oder in welchen sie durch ihre excessive Höhe die Kräfte der Kranken zu augenscheinlich decimiren. Bevor man zum Morphium greift, versucht man Codeïn in der Dosis von 0·01 2—3mal pro die. Codeïn sowie Opium können in jenen Fällen nicht entbehrt werden, in welchen Schlaflosigkeit mit hochgradigen Angstzuständen die Gefahr des Selbstmordes nahe legen. Ob dasselbe in kleinen Gaben mehrmals täglich oder in einer grösseren Dosis auf einmal verabreicht werden soll, dafür ist das continuirliche Vorhandensein oder das paroxystische Auftreten der Angstaffecte massgebend.

Die Therapie des erschwerten Einschlafens deckt sich im Allgemeinen mit dem Angeführten. Beim unterbrochenen Schlaf gilt es vor Allem nachzuforschen, ob nicht Veränderungen der Magensaftabscheidungen dieser Störung zu Grunde liegen. Besonders sind die Hypersecretion und die Hyperacidität sowie Gährungsvorgänge ätiologisch wichtig. Man erreicht dann oft durch Verordnung von Bismuth. subnitr., Natr. bicarbonic. oder Brausepulver, bei Hypersecretion und Hyperacidität besonders durch Verordnung von Zufuhr eines belegten Brötchens, eines Eies, von etwas Peptonchocolade etc. ein baldiges Wiedereinschlafen. In Fällen, wo körperliche und geistige Unruhe am Wiedereinschlafen hindert, eignen sich besonders auch in der Nacht angewandte hydriatische Proceduren: Waschen von Ge-

sicht und Nacken, kurzes Eintauchen in ein bereitstehendes kaltes Sitzbad, eine flüchtige Abwaschung des ganzen Körpers, ein kurzes kaltes Fussbad, die Anlegung von Leib- und Wadenbinden. Von inneren Mitteln wirken T. Valeriana oder Aq. amygdal. amar. besonders bei erregter Herzaction und leichten Angstzuständen günstig, bei höheren Graden der Letzteren und besonders bei nervösen Reizzuständen der Schleimhaut des Respirationstractus ab und zu eine kleine Dosis Codeïn. Auch von den Nervinis sedativis kann in der Nacht Gebrauch gemacht werden, während Brom und die Hypnotica in diesem Zeitpunkte contraindicirt sind; ersteres, weil seine Wirkung zu spät eintritt, letztere, weil sich ihre Wirkung zu lange in die Vormittagsstunden hinein äussert. Diese Mittel und besonders das Brom, letzteres in einer Dosis von 2—3 g im Laufe einer Stunde vor dem Einschlafen sind dann angezeigt, wenn man dem Kranken sicher eine ungestörte Nacht verschaffen will. — (Volkm. Samml. klin. Vorträge, Nr. 239, 1899.)

Einige Bemerkungen über die Behandlung der Chlorose. Von Dr. Theodor Dunin.

Die Ursache der Meinungsverschiedenheiten hinsichtlich der Wirksamkeit der einzelnen Methoden zur Behandlung der Chlorose ist in der mangelhaften Diagnose zu suchen. Besonders die abweichenden Anschauungen über die Bedeutung des Eisens bei Chlorose beruhen thatsächlich auf ungenügender Feststellung der Indicationen. Das Eisen wirkt nur auf gewisse Anämieformen, besonders auf Chlorose; für letztere bildet es eine Art Specificum und heilt alle Formen derselben. Die Individualisirung bei der Behandlung der Chlorose besteht in der genauen Sonderung derselben von anderen Anämien. Das klinische Bild der Chlorose ist ziemlich charakteristisch und weist typische Erscheinungen seitens des Circulations- und Nervensystems auf, und zwar: wachsgelbe, grünliche (nicht blasse) Hautfarbe, Blässe der Schleimhäute (nicht der Haut), reichliches Fettpolster, Herz- und Venengeräusche, beschleunigter, leerer, weicher Puls (p. celer), Pulsation der Halsblutgefässe und oft auch in jugulo, Respirationsstörungen, Schläfrigkeit, verschiedene Idiosynkrasien, abnorme Gelüste, Menstruationsstörungen u. s. w. Die Krankheit hat meistens einen einige Tage bis Wochen dauernden acuten Anfang. Sie bildet gerade das Gegentheil von dem Pseudochlorosis genannten Zustande; die Kranken haben dabei gewöhnlich eine blasse, oft

weisse Hautfarbe, blau geränderte Augen und die Schleimhäute sind roth; ausserdem fehlt das Unterhautfettgewebe vollständig; der Puls kann beschleunigt, aber nie weich und celer sein; Herz- und Venengeräusche fehlen; oft ist Schlaflosigkeit vorhanden. Hier kann das Eisen nicht in Betracht kommen; hier sind hygienische Vorschriften, entsprechende Ernährung am Platze. In Fällen, in denen die Symptome nicht deutlich genug ausgesprochen sind, ist Eisentherapie eher an- als abzurathen und zuweilen wird die Diagnose nur nach dem Resultate der Behandlung zu stellen sein. Vf. gibt 0·8 täglich in 2 Dosen; auf jede Dosis kommt dann noch je 0·003 ac. arsenicosum. Ist bei der Patientin Neigung zu Diarrhöen vorhanden, so wird den Pillen etwas Opium beigegeben. Auch in Fällen, in denen die Symptome auf Dyspepsie hinweisen, die übrigens meist nervösen Ursprungs ist, beginnt Vf. gleich mit der Eisentherapie.

Das Eisen muss systematisch und längere Zeit hindurch gereicht werden. Bei Beginn einer Cur muss es so lange gegeben werden, bis alle subjectiven und objectiven Symptome der Chlorose verschwinden, wozu ungefähr 4—6 Wochen erforderlich sind. Jede Chlorose, auch wenn sie dem Anscheine nach vollständig geheilt ist, hat eine Neigung zu Recidiven und recidivirt. Nur durch systematisches längeres Fortsetzen der Eisentherapie können Rückfälle vermieden werden. Diese Nachbehandlung besteht darin, dass die Kranken von Zeit zu Zeit Eisen bekommen, auch wenn sie anscheinend ganz gesund sind. Gewöhnlich geht Vf. in der Weise vor, dass er nach Beendigung der eigentlichen Cur die Patienten jeden Monat zehn Tage lang Eisen nehmen lässt, ein halbes Jahr oder noch länger.

Soll die Chlorose rasch und möglichst radical gehoben werden, so sind dabei noch gewisse hygienische Vorsichtsmassregeln zu beobachten. Das Wichtigste ist die absolute Ruhe, Bettruhe. In den ersten 10 Tagen verbietet oder schränkt Vf. Lectüre und Handarbeiten auf ein Minimum ein. In Fällen von mittlerer Intensität lässt Vf. die Kranken etwa drei Wochen im Bette, in schweren bis zu sechs Wochen. Nur in den allerleichtesten, verhältnissmässig nicht häufigen Fällen, lässt Vf. die Kranken nicht das Bett, sondern das Zimmer hüten, verbietet den Schulbesuch und Unterricht, jegliche Beschäftigung und ermahnt die Kranken, mehr zu liegen als zu gehen. Noch monatelang nach beendigter Behandlung ist jede Muskelanstrengung verboten.

Nach Vf.s Erfahrung vertragen Chlorotische Gebirgsaufenthalt schlecht. Der Aufenthalt in den Bergen setzt einen gewissen Kräftevorrath voraus, die Wärmeproduction steigt, jede Muskelanstrengung ist hier weit ermüdender, als in der Ebene. Deshalb klagen auch Chlorotische über ein beständiges Kältegefühl, wie auch darüber, dass jede Bewegung sie noch mehr anstrenge. Diese schlimmen Resultate sind zum Theil auf Rechnung des unzweckmässigen Verhaltens der Kranken zu setzen; vielleicht würde bei Beobachtung absoluter Ruhe (Aufenthalt im Bette) der Gebirgsaufenthalt bessere Resultate geben. Vf. meint, dass das hohe Ansehen, dessen sich der Gebirgsaufenthalt in der Therapie der Chlorose erfreut, besonders derjenige in St. Moritz, eher der sogenannten Pseudochlorosis und der ihr ähnlichen Neurasthenieformen zuzuschreiben ist. Vf. behält die Kranken so lange in der Stadt, bis alle chlorotischen Symptome verschwunden sind, und schickt sie dann bei Eintritt der entsprechenden Jahreszeit aufs Land. Nur in Fällen, in denen die Krankheitssymptome längere Zeit nicht mehr aufgetreten sind, räth Vf. zu einem Aufenthalte in nicht hoch liegenden Gegenden. Bezüglich des Kaltwassergebrauchs kann man bei Chlorotischen nicht vorsichtig genug sein. Chlorotische vertragen kaltes Wasser durchaus nicht; Vf. hat selbst den ersten Ausbruch der Chlorose nach übermässigem Kaltbaden auftreten sehen. Aus diesem Grunde untersagt Vf. allen Chlorotischen für längere Zeit kalte See- und Flussbäder und überhaupt alle hydropathischen Massregeln. Nur solchen Kranken, die schon sehr weit in der Reconvalescenz vorgeschritten sind, werden eisenhaltige Bäder von 25—20° R. zugestanden.

Vf. schreibt den an Chlorose leidenden Kranken keine besondere Diät vor. Milch ist sehr zu empfehlen, wenn sie von den Kranken vertragen wird. Dagegen untersagt Vf. strengstens alkoholische Getränke, durch die der Kopfschmerz und die Symptome der Herzirritation noch gesteigert werden. Den Kaffee- und Theegenuss beschränkt Vf. auch und verbietet Beides in den ersten Tagen. Die Grundbedingung der Behandlung Chlorotischer muss, ausser dem Eisengebrauch, die strengste Beobachtung des Schonungsprincipes sein. Uebung, Anregung des Organismus, ist erst dann, und mit äusserster Vorsicht zu gestatten, wenn man mit Bestimmtheit sagen kann, dass die Gefahr eines Rückfalles für die Kranken nicht mehr vorliegt. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14, 1899.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Die Organotherapie in der Gynäkologie. Von Dr. W. A. Newman-Dorland.

Nach einer geschichtlichen Darstellung der Entwicklung dieser neuen gynäkologischen Therapie, sowie nach Vorführung der eigenen so behandelten Fälle und der mit der Organotherapie erzielten Erfolge kommt Vf. zu folgenden Schlüssen:

1. Die Ovarien üben einen eigenartigen, bisher nicht genau bestimmbaren Einfluss auf die Körpergewebe, besonders auf die Brustdrüsen.

2. Dieser ovariale Einfluss wird zum Theil aufgehoben durch die Wirkung der Schilddrüse, oder deren in den Körper eingeführte Substanz.

3. Das Thyroidextract allein beeinflusst nur wenig das Wachsthum von schon inoperabel gewordenem Cervix- und Brustdrüsenkrebs, vermindert nur vorübergehend Schmerz und Absonderung.

4. Die Entfernung von gesunden Ovarien in Fällen von inoperablem Krebs bringt das weitere Wachsthum desselben zum Stillstand, sogar zum völligen Zerfall und führt zur Wiederherstellung der Körperconstitution.

5. Diese Wirkung kommt rascher zur Geltung, wenn zuvor alles Entfernbare von der Neubildung exstirpirt wird und die Castration mit Darreichung grosser Dosen von Thyroidextract verbunden wird.

6. Bei alten Frauen mit atrophischen Ovarien bleibt diese Heilwirkung der Castration aus; mindestens ist das Resultat nicht so günstig, wie bei Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter.

7. Der erste Erfolg dieser Behandlung zeigt sich schon nach 24 Stunden, und in günstigen Fällen schreitet die Besserung sichtlich fort.

8. Die wirksame Dosis des Thyroidextractes beträgt täglich zwischen 10 und 15 Gran = 0·7—1·0.

9. Wenn auch die Behandlung nicht zur völligen Heilung führt, scheint dieselbe das Leben zu verlängern und zur Milderung der Beschwerden mehr beizutragen, als irgend ein anderes Palliativmittel. — (The therap. Gazette. 15. Mai, 1899.) H.

Ueber die Anwendung der Gelatine als Hämostaticum in der Gynäkologie. Von Dr. E. Manicatide und Dr. V. Christodulo.

Auf der Abtheilung des Primarius Dr. Cantacuzino wurde die Gelatine in einer Reihe von 55 Fällen bei den verschiedensten

Meno- und Metrorrhagien in Anwendung gezogen. Dort, wo die blutenden Gefässe der directen Blutstillung nicht zugänglich sind, bewährt sich die Gelatine als sehr brauchbares Blutstillungsmittel.

Das Verfahren, wie es auf jener Abtheilung befolgt wird, besteht in Folgendem: Zuerst wird die Scheide mit 1:2000 Sublimatlösung ausgespült, ebenso die äusseren Genitalien und die Vaginalportion einer genauen Desinfection unterzogen.

Hierauf wird ein Tampon, der mit einer Lösung von 5 g Gelatine in 100 g künstlichen Serums (7 g Kochsalz auf 1000 g sterilisirtes Wasser) getränkt ist, auf den äusseren Muttermund angelegt.

Die Gelatine, die neutral reagirt, löst sich in warmem Wasser und gerinnt, sobald die Temperatur abfällt, wenn das Verhältniss wenigstens 3:100 beträgt. Setzt man der Gelatine einen saueren oder alkalischen Körper zu, so löst sie sich auch in kaltem Wasser. Auf 115° erhitzt, verliert die Gelatine die Fähigkeit, bei niederer Temperatur zu coaguliren, man muss daher bei Verflüssigung der Gelatine das Kochen verhüten. Da die flüssige Gelatine bei Luftzutritt leicht der Fäulniss unterliegt, muss man die Gelatinelösungen in gut verschlossenen Flaschen aufbewahren. Unmittelbar vor dem Gebrauche wird die festgewordene Lösung im Wasserbade verflüssigt.

Die mit solchen Tampons behandelten Fälle, die übersichtlich mitgetheilt werden, betrafen Endometritis, Fibromyome, Adnexerkrankungen. Die erzielten Erfolge sind durchaus günstig. Die Behandlung mit Gelatine kann selbst während der Schwangerschaft, wo andere Blutstillungsmittel, namentlich Ergotin, Secale, nicht gegeben werden dürfen, durchgeführt werden. Niemals zeigte sich irgend eine nachtheilige Wirkung.

Nach diesen Erfahrungen bildet demnach die Gelatinbehandlung eine recht beachtenswerthe Bereicherung unseres gynäkologischen Arzneischatzes, zumal unserer Hämostatica. — (Klin.-ther. Wochenschr. Nr. 22, 23, 1899.) H.

Zur Behandlung der adhärenten Retroflexionen des Uterus. Von Dr. Siegfried Stocker.

Nur die durch peritoneale Adhäsionen erzeugten und fixirten Retrodeviationen machen andauernde, selbst stetig zunehmende Beschwerden, während durch parametrale Fixationen bedingte Deviationen meist beschwerdelos sind, sich auch später bessern.

Bis vor Kurzem kannte man nur unblutige Massnahmen zur Behandlung der adhärenten Retroflexionen: Badecuren, heisse Irrigationen, Glycerin- und Ichthyoltamponaden, Jodpräparate. Alle diese Mittel haben nur palliativen Erfolg. Eine dauernde Heilung ist nur durch eine Operation zu erzielen.

Die brüske Redression und Freimachung des Uterus in der Narkose nach Schultze führt nicht immer zum Ziele, ist anderseits nicht gefahrlos, daher nur für einzelne besondere Fälle geeignet. Gefahrloser, aber unendlich langwieriger, ist der Weg durch die Massage, und selbst diese Behandlung ist nicht immer zuverlässlich.

Die blutige Trennung der Adhäsionen kann von einem Bauchschnitte aus, oder von der Scheide aus vorgenommen werden. Ersterer Weg ist da einzuschlagen, wo die unrichtige Uteruslage gegenüber den Veränderungen an den Adnexen eigentlich nur Nebensache ist.

In den übrigen Fällen genügt die Kolpotomie, und zwar zieht Vf. die durch das hintere Scheidengewölbe mit Eröffnung des Douglas'schen Raumes vor. Auf diesem Wege ist es sicher und leicht möglich, die Adhäsionen zu durchtrennen. Um aber eine Wiedervereinigung der getrennten Partien zu verhüten, anderseits gleich den Uterus in der normalen Lage dauernd zu erhalten, wird an die Freimachung des Uterus sofort die künstliche Anteflexio uteri durch Verkürzung der runden Mutterbänder nach Alexander-Adams angeschlossen.

Dadurch werden die durchtrennten Adhäsionen räumlich von einander entfernt, gleichzeitig der Uterus in der richtigen Lage fixirt, ohne dass eine Gefahr für eine eventuelle spätere Schwangerschaft zu befürchten wäre. — (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. Nr. 10, 1899.) H.

Ueber Perforation und Kranioklasie mit dem dreiblättrigen Kranioklast. Von Dr. Max Walthard.

Die Kranioklasie, auch bei noch lebendem Kinde, bleibt auch heute noch für die praktischen Geburtshelfer unentbehrlich und kann nur auf Kliniken durch den Kaiserschnitt oder die Symphyseotomie umgangen werden.

Zur Zeit sind drei Methoden üblich, die darauf ausgehen, vor und während der Extraction das Volum des kindlichen Schädels zu verkleinern: Die Kranioklasie mit dem Braun'schen

Kranioklast, die Kephalothrypsie und die Kranioklasie mit dreiblättrigen Instrumenten.

Vergleichende Untersuchungen führen Vf. zur Ansicht, dass der Kranioklast den Anforderungen an die Technik im Sinne der Erhaltung der Integrität der mütterlichen Weichtheile in vielen Fällen nicht entspricht. Aber auch die Kephalothrypsie entspricht nicht den neuen Anforderungen, wurde sogar vielfach von der Kranioklasie verdrängt.

Vf. hat den von Auvard angegebenen dreiblättrigen Kranioklast modificirt durch Aenderung des mittleren Blattes: Der Kolbenbohrer erhielt ein tief eingeschnittenes und wenig steigendes zweigängiges Gewinde; derselbe endigt in zwei neben einander liegenden Spitzen, dadurch sitzt der Bohrer im angebohrten Knochen sehr fest. Mit diesem Kolbenbohrer kann das Schädeldach leicht und in einer für die Mutter gefahrlosen Weise perforirt werden. Ein Abgleiten ist nicht möglich. Es entsteht eine runde Oeffnung ohne Splitterung. Durch dieses Mittelstück des dreiblätterigen Kranioklast werden Trepan und Perforationsscheere überflüssig.

Der so modificirte dreiblättrige Kranioklast zertrümmert bei jeder beliebigen Einstellung des vorangehenden Kopfes das Cranium wie die Basis. Das Instrument kann leicht angelegt werden und reisst bei der Extraction weder Knochenstücke aus, noch gleitet es ab.

Zur Illustration der Leistungsfähigkeit des Instrumentes theilt Vf. 11 Fälle mit, in denen es sich vorzüglich bewährt hat. — (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. Nr. 13 u. 14, 1899.)

H.

Ueber Operationen bei vorgeschrittenem Uteruscarcinom. Von Prof. J. Veit.

Es steht heute unzweifelhaft fest, dass man Uteruskrebs durch die Operation dauernd heilen kann; allerdings, die Zahl der definitiv Geheilten ist noch nicht gross, doch lässt sich erwarten, dass diese Zahl bald eine ausgiebige Zunahme erfahren werde.

Dies ist zu erreichen: 1. durch frühere Erkenntniss des Carcinoms, 2. durch Verbesserung der Technik, so dass die Recidivgefahr, etwa aus einer Einimpfung, vermindert wird, 3. durch Ausdehnung der Operationen auch auf nicht mehr auf den Uterus beschränkte Carcinomfälle.

In Bezug auf die primäre Knotenbildung sind zu unterscheiden: das Cancroid der Portio, der Schleimhautkrebs des Cervicalcanals, der Knoten in der Collumwand und das Carcinom des Uteruskörpers.

Die Diagnose ist am leichtesten bei Portiocancroid — bei Berührung blutende Portio, und bei Carcinom des Uteruskörpers — erneuter Blutabgang nach schon eingetretener Menopause. Schwieriger sind die beiden anderen Arten früh zu erkennen, da die Erscheinungen erst spät auftreten, und doch gehören drei Fünftel aller Uteruscarcinome zu diesen Formen.

Verdächtig für diese Fälle ist das Nachgeben des äusseren Muttermundes gegen Fingerdruck. Findet man dies, so ist der Collumcanal zu erweitern und ein Stück aus der Cervixwand mikroskopisch zu untersuchen. In verdächtigen Fällen muss so lange nachgeforscht werden, bis eine sichere Entscheidung, ob Endometritis oder Neoplasma, möglich ist.

Viele Recidive sind nicht durch Impfmetastase bei der Operation, sondern durch Zurücklassen von Carcinomresten bedingt. Selbst bei Recidiven in Scheidendammincisionen handelt es sich nicht um Impf-, sondern um Lymphmetastasen. Der Lymphstrom wird durch die Narben gehemmt und hier bilden sich Metastasen, zuweilen rosenkranzförmig.

Immerhin ist eine wichtige Errungenschaft in der Technik zu beachten, die Gewebe weiter weg vom Uterus zu durchtrennen, um keine Reste von Krebsausläufern zurückzulassen.

Eine Heilung durch Operation auch solcher Fälle, in denen das Carcinom die Grenzen des Uterus schon überschritt, ist zweifellos möglich. Selbst schwere Eingriffe vertragen die Kranken oft noch recht gut.

Von allen Methoden für vorgeschrittene Fälle ist die Laparotomie die geeignetste. Unmittelbare Gefahr droht von Seite des Herzens und von der Narkose. Die Blutung soll durch isolirte Unterbindungen, nicht durch Massenligaturen beherrscht werden. Nebenverletzungen sind nicht immer zu vermeiden.

Wie weit man noch operiren soll, lässt sich schwer beantworten. Gutes Allgemeinbefinden ist jedenfalls einladend. Noch verschiebliche Recidiven sollen gleichfalls operirt werden. Es handelt sich eben um einen Versuch der Rettung sonst sicher verlorener Kranken. — (Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 15, 1899.)

H.

Ueber Phlegmasia alba dolens im Wochenbett. Von Prof. Pinard.

Anknüpfend an einen vorgestellten Fall präcisirt Vf. die curative Behandlung des obgenannten Leidens:

1. Immobilisirung des Gliedes in einer schief geneigten Rinne.

2. Milderung der Schmerzen, wenn nöthig, mit Morphininjectionen.

3. Injection von Anti-Streptokokkenserum, so lange die Hyperthermie anhält.

4. Einhüllen des Gliedes in mit Chlorhydrat. Ammon. getränkte Watte, bis eine Eruption erfolgt.

5. Bettruhe durch einen Monat nach der letzten Temperatursteigerung, die von der Phlegmasie bedingt ist.

6. Tragen eines elastischen Strumpfes oder solcher Unterhosen vom ersten Tage an, wo das Bett verlassen wird.

Die prophylaktische Behandlung besteht:

1. In sorgfältigster Antiseptik bei der Geburt, besonders bei durch Albuminurie, Hämorrhagien prädisponirten Frauen.

2. Präventive Injectionen von Anti-Streptokokkenserum bei Frauen, die schon bei einer früheren Entbindung an Phlegmasie litten, oder in deren Familie die Krankheit sozusagen als Erbübel besteht. — (Bullet. méd. Nr. 38, 1899.) H.

Erfahrungen mit Adnexoperationen. Von Prof. Alfr. Rosthorn.

Adnextumoren entstehen entweder durch ascendirendes Fortschreiten des Infectionsprocesses von aussen nach innen entlang des Schleimhauttractus oder per contiguitatem, durch Vordringen der Infectionserreger von der Mucosa in das Myometrium, Subserosium und an die Serosa.

Für den Praktiker sind drei Fragen besonders wichtig:

1. Ob diese Schwellungen Eiter enthalten; 2. welchen Grad die Verwachsungen mit den Nachbarorganen erreicht haben; 3. inwieweit das Beckenbindegewebe durch den Eiterungsprocess mitergriffen ist, wodurch die Auslösung der Tumoren wesentlich erschwert wird.

Man kann bezüglich der Schwere der Erkrankung drei Formen unterscheiden, leichte, schwerere und sehr schwere. Bei den Letzteren handelt es sich um ausgedehnte Beckeneiterung; in den schwersten Fällen kommen Perforationen in die Blase oder das Rectum vor. Prognostisch ist zu bedenken, dass einerseits Frauen mit Pyosalpinx durch Platzen derselben und folgende

eitrige Peritonitis zu Grunde gehen können, anderseits Ausheilung auch schwerer Formen von Adnexerkrankung möglich ist.

Die Indicationsstellung für die Operation darf nicht einseitig, sondern erst auf Grundlage schwerer, anderwärtig nicht zu beseitigender Beschwerden, sowie nachweisbarer anatomischer Veränderungen vorgenommen werden. Die Folgen einer Entfernung der Keimdrüsen im geschlechtsreifen Alter sind eben nicht abzusehen.

Bei entzündlichen Schwellungen der Adnexe ist jede intrauterine Therapie möglichst zu vermeiden; als Regel muss aber gelten, zuerst eine gewisse Zeit lang eine conservative Behandlung zu versuchen, bevor man sich zur Operation entschliesst. Auch die operativen Eingriffe sind erhaltende oder radicale. Erstere passen nur für leichtere Fälle, wo man durch die Kolpotomie ausreicht. In schweren Fällen ist der abdominale Weg vorzuziehen.

Die Hauptgefahren der Operation sind: Darmverletzung und Platzen der Eitersäcke. Diesen Gefahren kann man bei Eröffnung der Bauchhöhle von einem Bauchschnitt aus mit entsprechender Beckenhochlagerung und Beachtung gewisser Massregeln am besten begegnen. Von den Infectionserregern sind die Streptokokken am meisten zu fürchten, viel weniger die Gonokokken.

Den Nachtheilen, die aus der abdominalen Operation entstehen können, wie Shock, Ileus, Verschleppung des Eiters in den Bauchfellraum, Bauchwandbrüche, kann durch Einhalten der gebotenen Vorsichtsmassregeln vorgebeugt werden: Vermeiden irritirender Antiseptica, sowie sonstiger schädigender Agentien auf den Darm, sorgfältiges Vorgehen bei der Operation und der Naht.

Unter 787 Laparotomien des Vf.s in Prag waren 137 abdominale Adnexoperationen, von denen 65 radical ausgeführt wurden. Dieselben weisen eine Gesammtmortalität von 6 auf; davon fallen 4 der radicalen Operation zur Last. — (Prager med. Wochenschr. Nr. 12 und 13, 1899.) H.

Urologie.

Ueber die Behandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini. Von Dr. H. Lohnstein.

Der Hauptvorzug der Bottini'schen Operation gegenüber den anderen bei Prostatahypertrophie geübten chirurgischen Ein-

griffen besteht nach L. in der wahrhaft durchgreifenden und vielfach zu modificirenden Weise, in welcher sie die Beseitigung der die Harnentleerung hindernden Prostatabarrière ermöglicht. Ihre Wirkung ist nicht wie bei der Castration durch die Art der Hypertrophie oder durch gewisse Formveränderungen der Drüse beschränkt. Während Mac Ewan beobachten konnte, dass in Fällen, in welchen es sich um circumscripte, in die Blase hineinragende Prostatalappen handelte, die Castration diese Letzteren absolut unbeeinflusst liess und functionell völlig wirkungslos blieb, bilden derartige Formveränderungen für die galvanokaustische Incision, wie fast alle Autoren hervorheben, keinerlei Hindernisse. Nur Morton vertritt für gewisse Fälle eine abweichende Ansicht, indem er annimmt, dass in den Fällen, in welchen der Mittellappen der Prostata stark entwickelt ist, der Bottini'sche Incisor eine nicht genügend tiefe Furche zu brennen im Stande ist, eine Befürchtung, die nach L.'s Erfahrungen der Begründung entbehrt.

Ein nicht zu unterschätzender Vortheil der Bottini'schen Operation liegt ferner darin, dass der Operateur in der Lage ist, je nach Bedarf eine oder mehrere Breschen in die Barrière zu legen, während man beispielsweise bei der Castration, Vasektomie etc. auf die Form der Verkleinerung keinerlei Einfluss besitzt, was besonders für die Fälle mit circumscripter Vergrösserung des Mittellappens (Mac Ewan) zutrifft. Allerdings sind dies gerade die Fälle, in denen auch die Bottini'sche Operation insofern bisweilen erschwert ist, als hier die Einführung des Kauterisators Schwierigkeiten bietet, ja zuweilen unmöglich werden kann. Indessen scheinen derartige Fälle doch höchst selten zu sein. Wenigstens nimmt kein Autor Veranlassung, auf Grund praktischer Erfahrungen sich mit dieser Eventualität zu beschäftigen. Ob die Misserfolge und Recidive der Operation nur auf Kosten einer ungenügenden Kauterisation oder auf einer Nachwirkung des elastischen Vermögens des erhaltenen Parenchyms zu setzen sind, ist nicht zu entscheiden. Am plausibelsten erscheint die Annahme, dass hier die Beschaffenheit der degenerirten Schleimhaut, deren Contractionsfähigkeit zuweilen fast ganz verloren gegangen ist, den Misserfolg verursacht hat.

L. hat die Operation bisher bei zwölf Patienten 13mal ausgeführt, und zwar bei neun Patienten je einmal, bei drei Patienten je zweimal und bei einem Patienten dreimal. Was die

Auswahl der Fälle anlangt, so kamen nur solche zur Operation, deren Kräftezustand nicht die Befürchtung eines längeren Krankenlagers nahe legte. Im Allgemeinen konnte L. aus seinen Beobachtungen den Eindruck gewinnen, dass bei jenen Fällen der grösste Heileffect zu erzielen sei, welche vor dem Eingriffe eine complete Harnretention aufwiesen. Bettruhe ist in den Fällen, in welchen das Allgemeinbefinden der Patienten ein solches ist, dass sie den Arzt besuchen können, nur in den nächsten zwölf Stunden zu empfehlen.

Von den fünf Fällen, welche zur Zeit des Eingriffes an completer Harnverhaltung litten, gelang es viermal, die Blasenfunction wieder herzustellen, darunter in zwei Fällen in ausgezeichneter Weise. Von den sieben Fällen mit vor der Operation incompleter Harnretention hatte die Operation bei vier Patienten dauernden functionellen Erfolg. In zwei Fällen verminderte sich die Zahl der täglichen Harnentleerungen von 20 auf 7, während die Menge des Residualharnes von 960 cm^3 auf 30 g sank. Ganz so durchschlagend war der Erfolg von zwei anderen Fällen indessen nicht, als hier die Operation nur die Menge der Mictionen (vor der Operation 26-, resp. 23mal) auf die Hälfte herabdrückte (13-, resp. 12mal pro die) und auch die Menge des Residualharnes, obwohl sie vor der Operation nur circa 300, resp. 400 g betrug, nach der Operation sich nicht unter 100 g herabdrücken liess. — (Monatsb. über d. Gesammtl. a. d. Gebiete d. Erkr. d. Harn- u. Sex.-Org. Nr. 11, 1898.) N.

Spontane Torsion des Samenstranges. Von Dr. Baroffi.

Ein 37jähriger Mann bekam plötzlich einen heftigen Schmerz in der rechten Inguinalgegend mit Brechreiz. Im rechten Scrotum findet sich eine Geschwulst, die auf Druck schmerzhaft ist, aber eher für eine Hämatocele als für einen Bruch gehalten werden muss.

Bei der Operation findet man den Samenstrang in seinem inguinalen Theile so torquirt, dass die Gefässe an dieser Stelle mortificirt sind und nur einige Bindegewebsbrücken eine Verbindung zwischen dem oberen anderen Theil des Samenstranges herstellen. Letzterer mit dem Hoden wurde entfernt. Eine Ursache für die Torsion liess sich nicht auffinden. — (Ann. des mal. des org. gén.-urin. Nr. 16, 1898.) N.

Ueber Dyspermatismus. Von Dr. A. Pousson.

Unter Dyspermatismus subsumirt Vf. alle jene Störungen, welche sich bei Ejaculation des Spermas unter sonst physiolo-

gischen Bedingungen, d. h. bei normaler Geschlechtslust, regelrechten Erectionen und möglicher Intromission geltend machen können. Unter den verschiedenen Störungen unterlaufen doch am häufigsten jene, welche sich auf die Kraft der Impulsion und auf die Geschwindigkeit der Progression der ejaculirten Flüssigkeit, sowie auf die Menge des Sperma beziehen. Die Bezeichnungen des Bradyspermatismus und Aspermatismus entsprechen diesen verschiedenen klinischen Modalitäten. Die Ursachen des Dyspermatismus können in anatomischen Veränderungen und functionellen Störungen bedingt sein.

Zu den organischen Hindernissen der Excretion des Samens gehören zunächst der nur höchst selten anzutreffende Mangel oder angeborene Verödung der Samenausführungsgänge, viel häufiger aber handelt es sich um durch pathologische Processe bedingte Verengerungen, Deviationen, Obliterationen oder auch um fistulöse Eröffnungen der Ductus ejaculatorii, welche dem Dyspermatismus zu Grunde liegen.

Die zufälligen traumatischen Läsionen der Ejaculatoren gehören zu den grössten Seltenheiten und führen viel eher zur Fistelbildung als zur Obliteration des Ganges. Häufiger sind die operativen Verletzungen, namentlich waren sie es zur Zeit der Prostatotomie per vias naturales nach Mercier, Civiale, Maisonneuve u. A. und dürften auch neuerdings wieder seit dem Aufblühen des Bottini'schen Verfahrens öfter zur Beobachtung gelangen. Die Gefahr der Verletzung und nachfolgender narbiger Obliteration der Ductus ejaculatorii ist auch beim Perinealschnitte nicht gänzlich zu umgehen.

Zu einer Verengerung der Ausführungsgänge und Deviation derselben führen am häufigsten chronische Entzündungsprocesse, namentlich die blennorrhöische Infection, beim Katheterisiren, Sondiren der Harnröhre etablirte Verletzungen, ferner die verschiedenen Erkrankungsprocesse der Prostata (Hypertrophie, Atrophie, suppurative Entzündung, Krebs, Tuberculose).

Bei der Rolle, welche bekanntlich auch der Urethra am Acte der Ejaculation zukommt, ist es begreiflich, dass Veränderungen der Harnröhrenschleimhaut, so chronisch entzündliche Einlagerungen, sowie narbige Schrumpfungen derselben, die Kraft der Ejaculation wesentlich beeinträchtigen werden, ebenso die Lage und die Weite des Orificium externum.

Besteht eine Obliteration der Ductus ejaculatorii, so sistirt

die Ausscheidung der Samenflüssigkeit vollkommen — Aspermatismus — der meist persistirende venerische Orgasmus ist von dem Austritte einer sehr geringen Menge viscider Flüssigkeit gefolgt, die aus den prostatischen und Harnröhrendrüsen stammt. Die functionelle Varietät des Dyspermatismus gliedert sich nach den Störungen, welche die den Ejaculationsvorgang bedingenden Momente aufweisen können. So spielen hiebei eine Rolle: die Anästhesie der Genitalorgane, die Destruction des genito-spinalen Centrums, Functionsstörungen der die Samenaustreibung besorgenden Musculatur, sowie psychische Hemmungen. — (Ann. des mal. des org. gén.-urin. April, 1899.)

Dermatologie und Syphilis.

Ein Beitrag zur Behandlung der Hautkrankheiten mittels Röntgenstrahlen. Von Dr. Gussmann und Dr. Schenkel.

Es wurden vier Lupusfälle und ein Fall von Sycosis non parasitaria an der Klinik Jadassohn der Behandlung unterzogen. Bei den Lupusfällen war kein besonderer Erfolg zu verzeichnen, ja es kam zu Ulcerationen sowohl im floriden Lupusgewebe als auch in den Lupusnarben, so dass die Defecte später durch Hauttransplantation gedeckt werden mussten. Der Sykosisfall heilte sehr gut. Es ergibt sich, dass man mit den Röntgenstrahlen sehr vorsichtig zu Werke gehen soll. — (Fortschritte a. d. Geb. der Röntgenstrahlen. Bd. 2, H. 4.) Horovitz.

Ueber die Anwendung des heissen strömenden Dampfes in der Dermatotherapie. Von Dr. E. A. Liebersohn.

Liebersohn und Saalfeld empfehlen diese Methode besonders gegen umschriebene, chronische Hautaffectionen und gebührt L. die Priorität. Die Gesammtwirkung setzt sich aus dem mechanischen Reiz, mit dem der strömende Dampf die Haut trifft, sodann aus dem thermischen Reiz und der Einwirkung der dem Wasser einverleibten Arzneien zusammen. Der Dampf strömt aus eigens für diesen Zweck construirten Apparaten und zeigt bei einem Abstande von 12—16 cm 50° C. Die durch den heissen Dampf hervorgerufenen Veränderungen sind entweder vorübergehend oder sie sind mehr permanent, je nachdem die Einwirkung kurz (15 Minuten bis eine halbe Stunde) andauerte oder ob sie sich öfters wiederholt. Es kommt zu Röthungen, leichten Anschwellungen, denen bei längerer Einwirkung aus der Nähe

dann Abschuppung oder Nekrose sich anschliessen kann. So schwinden die Krusten, Geschwüre heilen unter Nachlass der Eiterung; Schrunden heilen ebenfalls; Infiltrate saugen sich auf bei dem lebhaften Saftstrome, der hier angeregt wird. So werden chronische, verdickte Ekzeme, Acne vulgaris, Acne rosacea, Sykosis und Ulcera cruris sehr günstig beeinflusst. Gegen acute ausgebreitete Ekzeme, ebenso gegen Psoriasis, Favus und Herpes tonsurans, war diese Therapie ohne Erfolg. — (Klin.-therap. Wochenschr. Nr. 18—22, 1899, und Therap. Monatsh. Jänner, 1899.) Horovitz.

Ueber Paraplaste. Von Dr. E. Heuss.

Gleich den Guttaperchapflastermullen haben auch die Paraplaste eine impermeable Grundlage, die aus Paragami besteht, die einem sehr feinen Baumwollgewebe eingewirkt ist. Dadurch bedürfen die Paraplaste mehr klebender Pflastermasse. Sie haben folgende Vorzüge gegenüber der Pflastermulle: 1. Sind sie haltbarer, glatter und reiben nicht an den Kleidern, wie die weitgegitterten Pflastermullen. 2. Ist die Cohärenz zwischen Pflasterunterlage und Pflastermasse grösser und daher ohne Rückstand auf der Haut abzulösen. 3. Er klebt besser. 4. Der Paraplast ist weniger zerreisslich. Einen Nachtheil hat er vor der Pflastermulle, dass er keine solche Tiefenwirkung entfaltet. — (Monatsh. f. prakt. Dermat. 15. Juli, 1899.) Horovitz.

Jodipin in subcutaner Anwendung bei tertiärer Lues. Von Dr. D. Klingmüller.

Jodipin ist eine organische Verbindung des Jods mit Sesamöl und wurde von H. Winternitz hergestellt. Es wird als flüssiges Jodfett vom Körper resorbirt und theils als solches in den Muskeln, der Leber, dem Knochenmarke und subcutanen Zellgewebe abgelagert. Die Hauptmenge des Jods verlässt den Körper als Jodkali; ein Bruchtheil des Jods erscheint in organischer Bindung. Die schnelle Ausscheidung der üblichen Jodalkalien, die Unmöglichkeit ihrer Anwendung, wenn die Kranken das Mittel zu nehmen verweigern und die Fähigkeit verloren haben es per os, wie üblich, zu nehmen (Geisteskranke, Bewusstlosigkeit) und endlich der Umstand, dass sie per os genommen oft genug den Magen und Darm angreifen, veranlassten K. sich der subcutanen Anwendung des Jodipin zuzuwenden. Da stellt sich heraus, dass das Mittel auch in sehr grossen Dosen ungiftig ist. Es wurden 25%ige Lösungen ohne jede Gefahr angewendet, und dabei wird alles in den Körper gebrachte Jod verarbeitet und ausgenützt.

Die Ausscheidung wird von der Niere und Speicheldrüsen bewältigt, während der Darm sich dabei nicht betheiligt. Die Injectionen sind schmerzlos und werden subcutan gemacht. Man vermeidet die intramusculäre Injection, um keine Vene zu injiciren; vorsichtiges Einstossen der Nadel und eventuelles Austreten von Blut aus der Canüle deutet darauf hin, dass man in ein Gefäss hineingerathen ist. Es scheint, dass das Mittel sehr gut wirkt, wie die beifolgenden Krankengeschichten es lehren. Jodismus wurde nicht beobachtet. Es dauert einige Tage bis Jodreaction im Harne auftritt; daher es angezeigt ist, falls der Fall es nothwendig macht, einige Tage zugleich Jodalkalien zu reichen. Die Remanenz des Jods ist eine sehr lange nach Application des Jodipin. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 25, 1899.)

Horovitz.

Zur Anwendung des Naftalan. Von Dr. Friedberg.

Die Erfolge F.'s mit Naftalan gegen verschiedene Ekzemformen stimmen mit den Angaben anderer Beobachter überein. Besonders ist die juckstillende und austrocknende Wirkung hervorzuheben; so wird das Ekzem der Kinder und das Ekzem des Hodensackes als besonders für die Naftalantherapie geeignet genannt; aber auch bei den sogenannten gewerblichen Ekzemen war es von gutem Erfolge. Eine unterstützende Wirkung lässt sich auch bei Psoriasis vulgaris nicht leugnen, so dass es neben den bekannten älteren Arzneistoffen noch Verwendung finden kann. Endlich ist es ein sehr brauchbares Mittel bei Epididymitis, indem es die Aufsaugung des entzündlichen Exsudates sehr beschleunigt. — (Centralbl. f. innere Med. Nr. 31, 1899.)

Horovitz.

Das Naftalan in der Therapie. Von Dr. J. Grünfeld.

Dieses von Dr. Rosenbaum in Tiflis in die wissenschaftliche Therapie eingeführte Volksmittel hat sich in einer Reihe von Hautaffectionen sehr bewährt und scheint daher eine bleibende Stelle im Arzneischatze sich zu behaupten. So bewährte sich das Mittel bei allen Ekzemen. Es wurde entweder direct auf die afficirten Stellen aufgetragen oder je nach der Ekzemform mit Wilsonsalbe und Amylum zu einer Paste verarbeitet und so angewendet; oder es wurde das chronische Ekzem in ein acutes Stadium übergeführt und der Naftalanwirkung unterworfen. Entfernung der Borken, Schuppen und der Salbenreste ist auch bei Naftalananwendung eine wichtige Sache. Es soll

sich ferner bei Hyperidrosis pedum sehr bewährt haben; ebenso bei Herpes Zoster. Bei Epididymitis gonorrhoica kürzt es die Heilungsdauer ab. — (Wien. med. Blätter Nr. 22, 1899.)
Horovitz.

Der Resorcinalkohol in der ambulatorischen Behandlung insbesondere des seborrhoischen Ekzems des Gesichtes. Von Dr. A. C. Frickenhaus.

Die betreffenden Stellen werden mit 25%igem Resorcinalkohol mittels Wattabausches kräftig abgerieben und falls der Patient nicht wieder in die Sprechstunde kommen kann, ertheilt man ihm die Weisung, sich in derselben Art noch an drei aufeinanderfolgenden Abenden zu behandeln, zu welchem Zwecke man ihm einen 10%igen Resorcinalkohol ordinirt. Es bildet sich ein Schälhäutchen und nach Abschilferung der Epidermis wird mit Lanolin oder Adeps lanae eingerieben. Etwa nach acht Tagen ist die Cur abgeschlossen. Auch gegen Pityriasis versicolor kann diese Arznei angewendet werden. Als Ersatz für Resorcinalkohol kann Salicylalkohol zur Anwendung kommen. — (Monatsh. f. prakt. Dermat. Juni, 1899.) Horovitz.

Zur Behandlung der Alopecie mit chemischen Strahlen. Von O. Jerslid.

J. hält das Leiden für ein parasitäres und hat sechs Fälle nach dieser Methode behandelt, die innerhalb kurzer Zeit geheilt waren. Im ersten Falle waren acht Sitzungen erforderlich, die sich auf drei Wochen vertheilten. Dauer einer Sitzung eine Stunde. Es wurde der Apparat Finsen's benützt. — (Nach Monatsh. f. prakt. Dermat. Juni, 1899.) Horovitz.

Behandlung eines Falles von acuter Quecksilbervergiftung durch Blutausspülung. Von Dr. Fioco.

Eine Kranke hatte sechs Kalomelinjectionen à 0·01 erhalten und die Symptome einer schweren Quecksilbervergiftung gezeigt. Es wurde ihr eine subcutane Infusion von 1½ Liter physiologischer Kochsalzlösung gemacht und sofort besserte sich der äusserst bedrohliche Zustand, indem die Harnmenge von 300 auf 2000 cm^3 stieg, das Albumin im Harne verschwand und der Allgemeinzustand ein guter wurde. Nach drei Wochen konnte die Kranke entlassen werden, während der Harn nur noch Spuren von Albumin darbot. — (Ref. med. Nr. 38, 1899; Monatsh. f. prakt. Dermat. Juli, 1899.) Horovitz.

Ein einfacher Heissluftbrenner. Von Dr. P. G. Unna.

Bekanntlich trägt U.'s Mikrobrenner am Fussende des Metallansatzes ein Luftloch, um die mit Benzindampf geschwängerte Luft, nachdem sie den Platinschwamm erhitzte, entweichen zu lassen. Diese heisse Luft benützt U., um contactlose Kauterisation zu erzielen und lässt den Ansatz verschiedenartig formen, eventuell wird der Luft der Austritt durch die Spitze des Ansatzes vorgezeichnet. Bei einem Abstande von 20 mm vom Thermometer wurde noch eine Temperatur von 44° gemessen. Man kann daher in einer Entfernung von 5—2 mm vom Objecte mit Temperaturen von 70—80° arbeiten. Flächenhafte Pigmentanomalien brauchen nur von diesem Heissluftstrom angehaucht zu werden und verfallen der Nekrose. Ebenso kleine Warzen, Geschwülste und andere Mäler. Weiche Geschwüre erheischen eine längere Bestrahlung. Natürlich lassen sich mit dieser Art der Behandlung noch die übrigen Methoden der Pflasterapplication gut combiniren. — (Monatsh. f. prakt. Dermat. April, 1899.) Horovitz.

Behandlung des acuten Trippers beim Manne. Von Pedersen.

P. stellt drei Indicationen, die eine causale Therapie zu erzielen hat, auf: 1. Beseitigung der specifischen Mikroorganismen, was am besten mit Protargol geschieht, da schon nach 48 Stunden bei Gebrauch dieses Mittels die Gonokokken schwanden. Dieses Mittel muss 3—4 Wochen hindurch angewendet werden, mit allmälig wachsenden Pausen. 2. Beseitigung der Entzündung der Urethralschleimhaut durch astringirende Mittel, die warm applicirt werden. 3. Herstellung der alten normalen Verhältnisse der Schleimhaut durch Anwendung von Silbernitrat, — (Nach Monatsh. f. prakt. Dermat. April, 1899; Philadelphia Med. Journ. 1898.) Horovitz.

Ueber die Anwendung der Pasta Zinci sulfurata mit Zucker in der dermatologischen Praxis und über die Behandlung der Sykosis subnasalis. Von Dr. M. Hodara.

Die Pasta hat folgende Zusammensetzung: Rp. Lanolini Vaselini āā 20·00, Glycerini 10·00, Sacch. 20·00, Sulfur. 10·00, Zinc. oxydat. 20·00. Diese Pasta hat schnell austrocknende Wirkung und ist bei allen nässenden, vesiculösen und pustulösen Affectionen gut zu brauchen. Bei der Sykosis subnasalis muss sie Tag und Nacht aufgestrichen bleiben, doch muss auch die Nasenschleimhaut der Behandlung unterzogen werden, indem sie

mit 1—4%iger Höllensteinlösung bepinselt wird. Man erspart bei dieser Therapie dem Kranken die schmerzhafte und lästige Epilation. — (Monatsh. f. prakt. Dermat. Mai, 1899.) Horovitz.

Zur Abortivbehandlung der Bubonen. Von Dr. K. Grundfest. Wälsch will mit der Injection von physiologischer Kochsalzlösung nach vorausgegangener Aspiration des Eiters gute Erfolge an der Prager Klinik erzielt haben. G., der diese Methode an 20 Patienten versucht hat, erhielt in 8 Fällen ein gutes Resultat, die übrigen 11 mussten incidirt werden, 1 Fall heilte erst nach Injection von Silbernitrat. G. glaubt nach diesem Erfolge, dass die von Wälsch empfohlene Methode nicht mehr leistet, als die alten milden Behandlungsarten mit Umschlägen oder Pinselungen mit Jodtinctur. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 32, 1898.) Horovitz.

Mercuriol, ein neues Quecksilberpräparat aus metallischem, nach einer neuen Methode fein vertheilten Quecksilber. Von A. Blomquist.

Gemäss der Lehre Welander's geschieht die Aufnahme des Quecksilbers in den menschlichen Körper bei äusserlicher Behandlung hauptsächlich durch die Respirationsorgane und es ist dann selbstverständlich, dass das Quecksilber für diese Behandlung möglichst fein vertheilt und mit einem Constituens verbunden sein muss, welches seine Verdunstung so wenig wie möglich verhindert. Ein pulverförmiges Präparat dürfte deshalb dem Streben des Quecksilbers, in Gasform überzugehen, einen viel geringeren Widerstand darbieten, als die Salbe, in der ja die Fettpartikel das Quecksilber gleichsam wie eine schützende Hülle umgeben. Das Mercuriol ist ein solches pulverförmiges Präparat, in welchem das Quecksilber sozusagen in amorpher Form vorhanden ist, und weder bei Druck, noch bei Reibung in Kügelchen abgeschieden wird. Es ist ein Amalgam des Aluminium und Magnesium und bildet ein graues, ziemlich lockeres, festhaftendes Pulver von 40% Hg-Gehalt. An der Luft, in der Wärme und Feuchtigkeit oxydiren sich die Aluminium- und Magnesiumcomponenten des Amalgams und das Hg wird frei. Es wird in Säckchen getragen, deren Innenfläche wollig ist. Um sein Adhäsionsvermögen zu erhöhen, ist ihm ein wenig Fett beigemischt, dadurch verhindert man auch das zu rasche Oxydiren der Metalle. — (Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 48, 1899.) Horovitz.

Ueber die Behandlung der Syphilis mit Mercuriol. Von Dr. G. Ahman.

Ein von der Innenseite her wolliges Säckchen wird mit Mercuriol gefüllt; das Hg durch Oxydation der Amalgamcomponenten (Aluminium und Magnesium) wird frei und gelangt zur Einathmung. Die ersten fünf Tage wird täglich 5 g Mercuriol in das Säckchen gethan, später bis gegen Ende der Cur jeden zweiten Tag. Die Cur dauert 30—40 Tage. Das Säckchen bleibt während der ganzen Cur, was bei den Salbensäckchen nicht möglich ist. Die Controluntersuchung des Harnes auf Hg liess auf eine reichliche Resorption schliessen und die gesteigerte Ausfuhr von Hg durch die Nieren deutet auf eine kräftige Wirkung. Auch die Remanenz ist eine langdauernde. Selbst die toxischen Wirkungen des Hg wurden beobachtet. Es wurden verschiedene Formen von recenter und später Syphilis dieser Therapie unterworfen. Die Hautreizungen sind nicht beachtenswerth. Die Methode ist nach A. nicht nur zuverlässig, sondern auch reinlich und angenehm. (Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 48, 1899.) Horovitz.

Kinderheilkunde.

Tannopin; ein neues Antidiarrhoicum. Von Dr. C. Fröhlich.

Tannopin ist ein Condensationsproduct des Tannin und Urotropin, bildet ein cacaofarbenes, nicht hygroskopisches Pulver, das in schwachen Alkalien langsam löslich, in Wasser, Alkohol, Säuren unlöslich ist. Es passirt den Darm unverändert und zerfällt daselbst in das adstringirende Tannin und das desinficirende Urotropin.

Bei verschiedenen diarrhöischen Affectionen, insbesondere auch bei Kindern hat es gute Erfolge erzielt.

Kinder nehmen davon 3—5mal täglich $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ g, Erwachsene 0·5—1·0 g.

Es macht keine Beschwerden und wird auch von den jüngsten Säuglingen gut vertragen.

In Verbindung mit Kalomel hat es sich insbesondere auch bei Cholera nostras gut bewährt. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 29, 1899.)

Tödtliche acute Nephritis infolge von Vergiftung mit Sauerampfer. Von Prof. Dr. H. Eichhorst.

Der Sauerampfer, Rumex acetosa, kann durch seinen Gehalt an Oxalsäure vergiftend wirken.

Ein 12 Jahre alter Knabe war unter heftigen Leibschmerzen und Durchfall erkrankt. Schon nach 24 Stunden fiel Gedunsenheit des Gesichtes auf und die nun unternommene Harnuntersuchung ergab einen Eiweissgehalt von 12‰ (Esbach). Es entwickelte sich ein schweres Krankheitsbild von acutem Morbus Brightii, welche am zehnten Krankheitstage zum Tode führte.

Erst nach dem Tode des Knaben eruirte man, dass derselbe am Tage seiner Erkrankung eine grosse Menge Sauerampfer gegessen hatte.

Die Toxikologie über den Sauerampfer ist freilich nicht erschöpfend behandelt, aber es soll bekannt sein, dass der Genuss von Sauerampfer auch bei Pferden schwere Krankheitserscheinungen hervorrufen und selbst zum Tode führen kann. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28, 1899.)

Ist der Sauerampfer ein Gift? Von Prof. Dr. Lewin.

L. erklärt nach einer allgemeinen Bemerkung, welche sich gegen wissenschaftlich unbegründete toxikologische Publicationen richtet, dass der Sauerampfer nach den bisher vorliegenden Erfahrungen, und zwar auch an Thieren, als nicht giftig zu gelten habe und dass auch der von Eichhorst mitgetheilte Fall, ein Fall von acutem Morbus Brightii, zu dem Genuss von Sauerampfer keine causale Beziehung habe. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30, 1899.)

Die Mundfäule der Kinder und ihre Beziehung zur Maul- und Klauenseuche. Von Prof. Dr. R. Pott.

P. schliesst aus seiner Besprechung die schweren, gangränösen Formen der Stomatitis, also die eigentliche Stomacace aus, welche auch nur selten vor dem fünften bis sechsten Lebensjahre zur Beobachtung kommt.

P. hat also, der Stomatitis im engeren Sinne, unter 30.706 Kindern etwa 1·8% Fälle beobachtet, wobei alle bedeutenderen, im Verlaufe von Infectionskrankheiten entstandenen, ausgeschlossen werden. Von den mit Stomatitis behafteten Kindern standen nur 53 im Alter von 0—6 Monaten und er hält es für ausgemacht, dass die Stomatitis aphthosa in diesem Alter selten sei. Die Succulenz und Hyperämie der Schleimhaut während der Zahnung, die Neigung der Kinder, an harten Gegenständen herumzubeissen und vor Allem der „Zulpen" begünstigen die Entstehung der Stomatitis.

Von grossem praktischen Interesse ist die Beziehung der Stomatitis der Kinder zur Maul- und Klauenseuche.



Die erste Mittheilung über eine Massenerkrankung nach dem Genusse von Milch, welche von maul- und klauenseuche-kranken Rindern stammte, machte ein Arzt Sagar aus Mähren schon im Jahre 1765; detaillirte Angaben über diesen Gegenstand machten die Berliner Veterinäre Hartwig, Mann und Vilain im Jahre 1834. P. hat vor 12—15 Jahren, in Gemeinschaft von anderen Aerzten, eine hieher zu zählende grosse Epidemie beobachtet, bei welcher die Ursache auf eine Molkerei zurückgeführt werden konnte, an welcher Maul- und Klauenseuche bei den Kühen ausgebrochen war; ein Bläschenausschlag im Munde der Kinder konnte in dieser Epidemie nicht beobachtet werden, er scheint nicht häufig vorzukommen, beim Menschen sind die Aphthen vorwiegend.

Nichtsdestoweniger glaubt P., an dem ätiologischen Zusammenhange dieser Stomatitis aphthosa und der Maul- und Klauenseuche festhalten zu müssen und vor dem Genuss der ungekochten Milch und Butter zu warnen, die von so erkrankten Thieren herrührt, die genügend gekochte Milch ist unschädlich.

Diese Thatsache ist durch wiederholte experimentelle Untersuchungen ganz sicher gestellt.

Es gibt zweifellos Fälle von Stomatitis aphthosa, die klinisch von den eben erwähnten nicht geschieden werden können und nicht durch diese Infection bedingt sind, wenn nicht etwa, was nicht nachgewiesen ist, eine Infection vom Thiere auf den Menschen durch die Luft möglich sein sollte.

Es liegen auch bisher noch keine Versuche vor von Uebertragung der Maul- und Klauenseuche vom Mensch auf das Thier und vom Menschen auf den Menschen, wenn auch das gehäufte Vorkommen in derselben Familie vielfach constatirt ist.

Uebertragung auf die Genitalien, wahrscheinlich durch Vermittlung der Finger, ist constatirt.

Bacteriologisch ist die Frage so lange nicht zu entscheiden, als der Erreger der Maul- und Klauenseuche nicht einwandfrei festgestellt ist. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 30, 1899.)

Ichthalbin in der Kinderheilkunde. Von Dr. Th. Homburger.

Das Ichthalbin sollte berufen sein, die innerliche Anwendung des Ichthyols bei kranken Kindern zu ermöglichen.

Vf. bezieht sich auf Versuche, die er an der Neumann'schen Poliklinik an sechs Kindern im Alter von $^1/_2$—14 Jahren gemacht hat. Die Anwendung ging von der pharmakologischen Thatsache

aus, dass das Ichthyol eine Verengerung der kleinsten Gefässe erzeugt und grössere Mengen von Schwefel in den Organismus einführt.

Die ersten Versuche wurden an 20 Kindern mit Ekzem gemacht, u. zw. bei Weglassung jeder anderen Medication. Auf die Juckempfindung hatte die innerliche Verabreichung des Ichthalbins keinen Einfluss, dagegen verschwand das Jucken sehr rasch, was selbstverständlich nicht mit Heilung gleichbedeutend ist, aber doch einen grossen Werth hat.

Es hat sich gezeigt, dass die innerliche Anwendung des Ichthalbins allein nicht leicht zur Heilung führt, aber es beschleunigt die Erfolge der äusseren Medication.

Einen wirklich günstigen Einfluss hatte das Ichthalbin bei Furunculosis; es scheint überhaupt für alle Fälle von Hautabscessbildung bei Kindern, welche auf eine consumirende Organerkrankung zu beziehen ist, wirksam zu sein, u. zw. durch den Einfluss auf Steigerung des Stoffwechsels.

Es beruht darauf die Wirksamkeit des Mittels bei chronischen, consumirenden Erkrankungen des Kindesalters, chronischen Pneumonien, Scrofulose und chronischen Darmkatarrhen, umsomehr als es den Appetit der Kinder hebt und bei entsprechender Anwendung eine Zunahme des Körpergewichtes erzielt; auf die Organveränderungen selbst, auch auf Husten und Fieber hatte es keinen Einfluss, wenigstens keinen directen Einfluss.

Bei Störungen des Darmcanals angewendet, ergab sich die Nutzlosigkeit bei acuten und subacuten Erkrankungen. Bei Obstipationen erzeugte das Präparat in zwei Fällen leichte und regelmässige Entleerungen. Bei chronischen Darmprocessen ist es sehr empfehlenswerth, es regulirt meist rasch die Stuhlentleerungen und wirkt sehr günstig auf den Stoffansatz; in einem Falle von Dysenterie hat es sich als unwirksam gezeigt.

Für Kinder im ersten Halbjahre gibt man dreimal täglich 0·05—0·1 Ichthalbin, für das zweite Halbjahr dreimal täglich 0·15—0·2, im zweiten Lebensjahre dreimal täglich 0·2—0·3, bei älteren Kindern kann man bis zu dreimal täglich 0·5 steigen, bei zehnjährigen Kindern selbst zu dreimal täglich 1·0.

Das Mittel wird gut vertragen, schädigt auch die Nieren nicht, wird Kindern als Ichthalbin-Chocoladepulver gegeben und fast immer gerne genommen oder in Form von Tabletten. — (Therap. Monatsh. Juli, 1899.)

Der Borsäureschnuller, eine neue Behandlungsmethode des Soor. Von Prof. Dr. Th. Escherich.

Der Soor ist keine ganz harmlose und für den Verlauf der Krankheit, welchen er begleitet, irrelevante Erkrankung, er kann wesentliche, auch ulceröse Stomatitis und durch secundäre Kokkeninfection Verschlimmerung von Darminfectionen, septische Zustände, Behinderung des Schlingactes etc. veranlassen, also indirect sofort lebensgefährlich werden.

Von besonderer Bedeutung ist er für Säuglingsabtheilungen in Krankenhäusern und Findelanstalten. Die üblichen Behandlungsmethoden haben in solchen Anstalten nicht ganz befriedigende Resultate erzielt.

E. hat auf seiner Klinik mit dem Borsäureschnuller sehr gute Erfolge gehabt.

Ein Bäuschchen sterilisirter Watte wird mit etwa 0·2 g Borsäure und etwas Saccharin beladen und in sterilisirte Seide oder feinen Batist eingebunden und dann als Schnuller den Säuglingen mitunter selbst während des Schlafes in den Mund gesteckt.

Ein Schnuller reicht meist für 24 Stunden aus, liegt während der Zeit, in welcher er nicht benützt wird, in einem gedeckten Glase; eine andere Behandlung, selbst Reinigung des Mundes ist überflüssig.

Nach 24 Stunden ist der Soor fast ganz, in wenigen Tagen vollständig verschwunden, am spätesten zwischen Kiefer- und Wangenschleimhaut; nur in besonders intensiven Fällen ist im Anfange der Schnuller mit einer localen Behandlung zu combiniren.

Immer ist der Borsäureschnuller noch einige Tage lang, nachdem der Soor schon unsichtbar geworden ist, anzuwenden.

Das Bedenken gegen die Anwendung des Schnuller, der ja mit Recht verpönt ist, lässt sich allerdings nicht ganz vernachlässigen.

E. hat deshalb um beim Publicum durch diese Methode nicht die Vorliebe für den Schnuller schlechtweg, auch für den Gummischnuller zu wecken, seine Methode bisher nur im Spitale verordnet. — (Ther. d. Gegenw. H. 7, 1899.)

Die falschen und echten Diphtheriebacillen. Von Dr. Fr. Schanz.

Die vorliegende Publication, nach einem am 19. März d. J. in der Gesellschaft für Naturheilkunde in Dresden gehaltenen Vortrage, rührt nicht von einem Bacteriologen her, aber von einem Manne, der bacteriologisch gearbeitet, sie ist nicht direct

eine therapeutische Arbeit, sie steht aber in sehr naher Beziehung zur Diphtherie-Heilserumfrage.

Dieser Umstand veranlasst uns, den Lesern in Kürze zu berichten, denn die Arbeit bildet gewissermassen einen Beitrag zur grossen Heilserumdebatte in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Der Pseudo-Diphtheriebacillus hatte den Bacteriologen vielfache Schwierigkeiten bereitet, weil ihm die ätiologische Beziehung zur Diphtherie abgesprochen werden musste. Man kam endlich über diese Verlegenheit anscheinend hinaus, indem man sichere Kriterien gefunden zu haben glaubte, um ihn vom echten Löffler'schen Bacillus unterscheiden zu können.

Sch. sucht nun den Nachweis zu führen, dass sicher der Pseudo-Diphtheriebacillus ungiftig, aber absolut unsicher alle differenzirenden Kriterien sind, durch welche er vom echten Diphtheriebacillus unterschieden werden soll.

Der kurzen Gestalt der Bacillen hat bereits der angesehene Bacteriologe C. Fraenkel die Bedeutung abgesprochen, auch der Pseudobacillus kann ganz die Gestalt seines legitimen Doppelgängers aufweisen, auch die Differenzirung durch Anordnung und Lagerung der Bacillen hat Vf. sehr in Frage gestellt und schliesslich überhaupt die Möglichkeit verneint, dass diese beiden Bacillen auf mikroskopischem Wege differenzirt werden könnten.

Aber auch die culturellen Unterschiede hat schliesslich Fr. nicht mehr aufrecht halten können, auch bei der Züchtung im Heilserum haben sich beide Arten von Bacillen gleich verhalten und auch die Agglutinationsversuche waren fruchtlos.

Es blieb dann nur die Verschiedenheit der Reaction in der Bouilloncultur, welche beim echten Diphtheriebacillus sauer, beim falschen alkalisch sein sollte.

Sch. hat bei seinen Xerosenuntersuchungen die Säurebildung auch beim falschen Bacillus nachgewiesen, wenn sie auch geringer zu sein schien, aber schon Neisser, der die letztere in der Regel fünfmal kleiner fand, hat eine Ausnahme zugeben müssen, in welcher sie so gross war als beim echten Bacillus, und Fr. sagt in Betreff der Prüfung der Acidität: „So wird man also auch diesem Merkmal eine entscheidende Bedeutung nicht beimessen können.“

Dass die Giftigkeit zwischen zwei sonst gleichen Arten

von Bacillen eine Artdifferenz nicht begründen kann, wird auch von Bacteriologen zugegeben, man kann den Diphtheriebacillus selbst methodisch giftig und ungiftig oder schwach und stark giftig machen.

Allein Fr. hat doch den dualistischen Standpunkt vertreten und beruft sich auf eine Arbeit von Spronk: Wenn man Xerosenbacillus einspritzt bei Thieren, denen er vorher Diphtherieheilserum eingespritzt hatte, so treten trotzdem locale Erscheinungen ein, folglich ist der Xerosebacillus kein echter Diphtheriebacillus.

Nun sagt Sch., wenn man echten Diphtheriebacillus einspritzt, fehlen die localen Erscheinungen häufig und es ist fraglich, ob dieselben überhaupt zum Krankheitsbilde der experimentellen Diphtherie gehören. Die Localreaction hängt nur von Zufälligkeiteu ab, wahrscheinlich von der grösseren Menge des injicirten Materiales.

Nun hat aber N. ein ganz sicheres Mittel zur Differenzirung gefunden, welches auf Doppelfärbung beruht und dem Vorhandensein von Körnern (Polkörnern, Sporen?) im Pseudo-Diphtheriebacillus.

Es stellte sich aber heraus, dass diese Körner auch im echten Diphtheriebacillus vorkommen, nur bilden sie sich im echten Bacillus rascher und zahlreicher.

Auch die Neisser'sche Methode ist ein verzweifelter Versuch der Dualisten, um die Bedeutung des Löffler'schen Bacillus zu retten.

Es ist beachtenswerth, dass Löffler in jüngster Zeit auf dem Madrider Congresse erklärt hat: Als Diphtheriebacillus kann man nur jenen Mikroorganismus bezeichnen, der das specifische Diphtheriegift erzeugt und welcher in specifischer Beziehung zum Diphtherieantitoxin steht.

Sicher ist also auch nach der Meinung der Bacteriologen, dass man bis zu Spronk und Neisser den echten Diphtheriebacillus nicht unterscheiden konnte von dem falschen, der notorisch ein verbreiteter Saprophyt ist. Diese Differenzirung war aber eine vielfach und nachdrücklichst betonte Stütze bei der Vertheidigung der Diphtherie-Heilserumbehandlung, denn auf dieser Differenzirung beruht ihre Statistik.

Sch. ist aber kein Gegner des Diphtherie-Heilserums, denn er lässt die Möglichkeit zu, dass der Löffler'sche Bacillus erst in der Membran giftige Eigenschaft acquiriren könnte und dieses

Gift könnte die Hauptgefahr bei der Diphtherie sein und das Antitoxin könnte dieser Hauptgefahr begegnen.

Die Xerosie aber hat in keiner Beziehung mit Diphtherie etwas zu thun, obschon der Xerosenbacillus vom echten Diphtheriebacillus zu unterscheiden ist, und dem Löffler'schen Bacillus kann bei Diphtherie höchstens eine secundäre Rolle beigemessen werden.

Uebrigens steht die Frage nicht mehr isolirt vor uns, durch Untersuchungen von Prof. Hansemann ist auch die Frage discutabel geworden, dass der Tuberkelbacillus mit dem Smegmabacillus identisch ist. — (Wien. med. Presse Nr. 28 und 29, 1898.)

Kleine Mittheilungen.

Erfahrungen mit dem Kellogg'schen Lichtbade. Von Dr. Roth. Die Beobachtungen des Vf. führen ihn zu folgenden Sätzen: 1. Das elektrische Licht ist eine vorzügliche Wärmequelle und als solche gut verwendbar. Da der Kopf des Patienten ausserhalb des Apparates bleibt und eine genaue Wärmeregulirung möglich ist, so können 70—80° C. vertragen werden. Auch bei Kranken mit ausgesprochenem Fettherz sah R. keine schlimmen Folgen. 2. Das elektrische Lichtbad ist kein Specificum und besonders bei Entfettungscuren nicht mit grösserem Nutzen verwerthbar, als andere Schwitzbäder. 3. Die Gewichtsabnahmen waren relativ gering und erfolgten langsam, waren natürlich beträchtlicher. wenn mit den Lichtbädern diätetische oder Bewegungscuren verbunden wurden. Der Puls steigt stark an, zunehmend mit der Dauer des Lichtbades, die Respiration stieg nicht höher als 20 in der Minute, intensiver Schweiss trat erst nach 10—20 Minuten, bei 40—50° C. Wärme ein. Eine Verfärbung oder Pigmentirung der Haut war nicht zu beobachten. 3. Das elektrische Lichtbad ist als diaphoretisches und sedatives Mittel in vielen Fällen mit Vortheil anwendbar (Herz- und Nierenkranke), wo von den gebräuchlichen Dampf- und Heissluftbädern abgesehen werden muss. — (Münch. med. Wochenschr.; Blätter f. klin. Hydrother.)

Das Dionin als Ersatzmittel des Morphins bei Entziehungscuren. Von J. Heinrich. Vf. hat infolge seiner leichten Löslichkeit das Dionin als Substitutionsmittel für Morphin bei Entziehungscuren in Anwendung gebracht. Es ist der beste Ersatz des Codeïnphosphats, vor welchem es den Vorzug hat, dass seine Lösungen

absolut neutral sind und deshalb bei der Injection nicht schmerzen. Betreffs der Dosirung ist es indicirt, ein Drittel mehr als die in Betracht kommende Menge Morphin zu verordnen. Die Euphorie nach Dionineinverleibung ist nicht so gross wie die nach Morphium, wodurch eine Angewöhnung an Dionin ausgeschlossen wird. Dafür ist die betäubende, berauschende Morphinwirkung beträchtlich abgeschwächt. Die Wirkung einer einmaligen Injection zeigte sich im Vergleich zur Morphiuminjection weit anhaltender, und, was wesentlich, am folgenden Tage fehlt jeglicher Katzenjammer. Unmittelbar nach erfolgter Dionininjection tritt regelmässig als Zeichen der Dioninwirkung ein wenige Minuten währendes Hautjucken am ganzen Körper ein, vornehmlich aber an den Beinen. Bei sehr empfindlichen Personen kommt es manchmal zu Quaddelbildungen, die nach längstens zehn Minuten wieder verschwinden. — (Wien. med. Bl.)

Klinische Beobachtungen über den Einfluss des Klimakteriums auf den Verlauf von Herzkrankheiten. Von Dr. A. Kostkewitsch. Dank der merkwürdigen Vollkommenheit des complicirten Innervationsapparates des Herzens besitzt der gesunde Organismus die Fähigkeit, die Circulation unter den verschiedensten Bedingungen zu reguliren. Das völlige Intactsein dieses Apparates ist noch wichtiger, wenn organische Veränderungen am Herzen, wie z. B. Fehler am Klappenapparate vorliegen. Es ist schon von vielen Beobachtern darauf hingewiesen worden, dass die Herzklappenfehler sehr rasch zur Insufficienz des Herzens und zu schweren Circulationsstörungen führen, wenn motorische oder sensorische Herzneurosen sich hinzugesellen, oder aber wenn Innervationsstörungen an den Gefässen Platz greifen. Da nun die klimakterische Periode sehr häufig mit Störungen im cardio-vasculären Innervationsapparate abläuft, so ist die Frage, wie der Verlauf der Klappenfehler sich unter dem Einflusse der klimakterischen Herzneurosen gestaltet, von grosser Wichtigkeit. An der Hand des Materials aus dem Kiew'schen Nikolai-Hospital suchte K. diese Frage zu beantworten. Im Verlaufe von 4 Jahren kamen 27 Kranke, die in der klimakterischen Altersperiode sich befanden, mit Compensationsstörungen der Klappenfehler in Behandlung. Bei 15 von ihnen (also 55·5 %) konnte Vf. mit Bestimmtheit das Klimakterium als Ursache der Compensationsstörung beschuldigen. Die Kranken gaben gewöhnlich an, dass sie sich früher ganz

gesund fühlten und ihrer Thätigkeit und Beschäftigung nachgehen konnten; ganz allmälig fingen sie an Herzklopfen und Kurzathmigkeit zu fühlen, u. zw. trat dieses Symptom zunächst nur attaquenweise auf, während der Menstruationsperiode. In den Intervallen, zwischen den Perioden, die nicht mehr zu regelmässiger Zeit einsetzten, bestand Euphorie. Allmälig wurden die Symptome von Seiten des Herzens häufiger, stärker und quälender, die Verschlechterung des Allgemeinbefindens währte nun nicht, wie zu Anfang, 3—4 Tage, sondern 7—10 Tage, dabei wurden die Regeln sehr selten; statt deren stellten sich häufig Symptome ein, die auf inconstanter und unregelmässiger Innervation der Vasomotoren beruhen, aufsteigendes Hitzegefühl, Transpiration, Blutandrang zum Gesicht, Schwindel, Muskel- und Gelenkschmerzen, Kreuz- und Rückenschmerzen, zuweilen Diarrhöen ohne Diätfehler. Allmälig setzten dann auch die bekannten Symptome der Compensationsstörung und der Herzschwäche ein. Kranke mit Arteriosklerose ohne Klappenfehler oder mit Aorteninsufficienz ertrugen die klimakterische Periode viel länger, als solche, die mit Mitralfehlern oder mit Affection des linken venösen Ostiums behaftet waren. Bei letzteren Frauen traten schon im selben Jahr, wo die Erscheinungen des Klimakteriums einsetzten, Asystolie, Tachykardie, Herzarhythmie und eine objectiv nachweisbare Erweiterung der aufsteigenden Aorta ein. Vf. konnte sich nun überzeugen, dass alle diese Symptome in der ersten Zeit periodenweise einsetzten; einige Tage vor den zu erwartenden Regeln verschlimmerte sich der Zustand der Kranken, um nach stattgehabter Menstruation wieder gebessert zu werden. Dann aber bildete sich allmälig ein sogenannter Status klimaktericus aus: die krankhaften Symptome verblieben constant. — (Russk. Arch. Pat. etc. Petersb. med. Wochenschr.)

Als vorzügliches **Sedativum bei Dyspnöe** empfiehlt aufs Neue Mackie Paraldehyd, mit dem er seit seiner ersten Empfehlung wieder in 2 Fällen sehr gute Erfolge hatte. Zwar tritt, wie an alle Mittel, auch an dieses Gewöhnung ein, doch nicht in dem Grade, wie an andere Narcotica. — (Lancet; Berl. klin. Wochenschr.).

Kakodylsäure und ihr Natriumsalz. Die Kakodylsäure ist eine organische Arsenverbindung, die den grossen Vorzug hat, keine Giftwirkung zu besitzen und es so zu gestatten, dem Körper Arsen in sehr grossen Mengen zuzuführen. Nicht nur

Hautkrankheiten, sondern auch die constitutionellen Affectionen, wie schwere Anämien, Malariakachexie, Tuberculose u. s. w., fallen somit in das Anwendungsgebiet dieses Mittels. Der Chemiker Gautier theilte in Bezug auf dasselbe der Akademie mit, dass er, von Danlos um eine Arsenverbindung, die leichter als die bisher gebräuchlichen ertragen werden könne, befragt, die Kakodylsäure vorgeschlagen habe, welche sodann bei Hautkrankheiten sich sehr wirksam und ohne unangenehme Nebenwirkung gezeigt habe. Darauf wendete Gautier selbst dieses Mittel in allen den Fällen, für welche Arsen als indicirt betrachtet wird, und er hat bei der Tuberculose durch täglich 0·03—0·05 kakodylsaures Natrium in subcutaner Injection vorzügliche Erfolge gesehen. Renaut applicirt es hauptsächlich per rectum. Potain versucht ebenfalls das Mittel seit zwei Monaten, er behält sich sein Urtheil bis nach längerer Prüfung vor, seine vorläufige Meinung darüber ist eine günstige.

G. verordnet es in folgender Weise:

Rp.	Acid. kakodyl.	5·0.
	Natr. carb. q. s. ad saturat.	
	Cocaïn. hydrochlor.	8·08.
	Solut. alcohol. Kreosoti (1/8)	VI gtts.
	Aq. dest. q. s. ad 100.	

Von dieser Lösung wird täglich 1 cm^3, also 0·05 Kakodylsäure subcutan eingespritzt. Nach acht Tagen lässt man eine Pause von zehn Tagen eintreten, hierauf beginnt man einen neuen achttägigen Turnus von Injectionen u. s. w. — (Deutsche med. Wochenschr.)

Die Anwendung von salicylsaurem Natron in hohen und mittleren Dosen per rectum bei Gelenkrheumatismus und Gichtanfällen. Von Ernesto Parona. Vf. hat mittelst zahlreicher Sondenuntersuchungen den Nachweis führen können, dass sich das salicylsaure Natron im Magen zersetzt, bei rectaler Darreichung dagegen kein Freiwerden von Salicylsäure stattfindet. Das durch die Reaction nachweisbare Erscheinen von Salicyl im Harn zeigt, dass das Mittel per rectum genau so schnell und zweckmässig resorbirt wird, wie vom Magen aus. Vf. ist der Ansicht, dass hohe Dosen eine directe Abortivbehandlung des Rheumatismus ermöglichen, und da Salicyl in der erforderlichen Menge vom Magen nicht vertragen wird, so hält Vf., von eventuellen Contraindicationen abgesehen, die rectale Application für

die einzig sachgemässe. Aus den Tabellen, die eine Uebersicht über 96 Krankengeschichten geben, geht hervor, dass die mittlere Dauer des acuten Krankheitsstadiums 3·6 Tage betrug, die mittlere Tagesdose pro die 6·46 g Natr. salicyl. Niemals, auch bei höheren Dosen, traten irgend welche Vergiftungserscheinungen auf. — (Morgagni; Deutsche Med.-Ztg.)

Ueber die Wirkungen und die Indicationen der Traubencur nach B. Laquer. Zwei bis drei Pfund Trauben bieten eine reizlose, blande, den Organismus nicht belastende, leicht verdauliche Nahrungsmenge dar, die in Form von Kohlehydraten je nach dem Zuckergehalt etwa $^1/_{10}$—$^1/_4$ des für einen Erwachsenen erforderlichen 24stündigen Brennmaterials darstellt. Mit der Steigerung der Menge verlieren die Trauben ihre Reizlosigkeit, ohne dabei an Brennwerth zu gewinnen; denn die Reizsteigerung äussert sich in einer Wirkung des Traubensaftes auf den Darmcanal, dessen gesteigerte Peristaltik ungefähr ebensoviel Nahrung dem Organismus zu Verlust bringen dürfte, als ihm an Traubenplus dargeboten wird; die dabei mit ausgeführten Flüssigkeitsmengen, die in den gereizten Darmcanal sich ergiessen, wirken auslaugend und in Richtung von Gewichtsabnahme. Die Trauben wirken ausserdem durstlöschend, schwach diuretisch, setzen die Acidität des Urins, sowie die Ausscheidung der gepaarten Schwefelsäuren herab, wirken also mit einem Worte im Sinne einer Schonung des Stoffwechsels. Was die Indicationen für eine Traubencur anbetrifft, so dürfte bei Fettleibigkeit eine consequente Zufuhr von Trauben in zwei verschiedenen Hinsichten indicirt erscheinen: einerseits lässt sich durch Genuss von Trauben, insbesondere Traubensaft, eine vorübergehende gesteigerte Flüssigkeitsentleerung durch den Darmcanal, damit eine Entwässerung und Gewichtsabnahme des Organismus erzielen, anderseits wirken die Trauben durstlindernd, eine Wirkung, die bei Entfettungscuren sehr beachtet zu werden verdient. Die Traubencur wird nicht für sich allein, sondern in Verbindung mit den anderen diätetischen und physikalischen bei Entfettungscuren üblichen Massnahmen angewendet. Bei Gicht kommt die Traubencur in Betracht, weil sie die Acidität des Urins, in leichtem Masse auch die Harnsäureausscheidung herabsetzt, weil sie leicht diuretisch und nierenschonend wirkt. Dazu kommt noch die Wirkung einer schonenden Traubencur auf den Magen in Betracht, wodurch eine eventuelle

bestehende Dyspepsie günstig beeinflusst wird. Neben den Trauben ist selbstverständlich eine passende Diät und der Genuss eines geeigneten Mineralwassers, unter Anderem Kochsalzthermen, angezeigt. Eine weitere Indication für die Weintrauben bilden Nierenleiden, besonders Nierensteinleiden. Der Durst der Brightiker wird durch Traubengenuss gestillt, sie wirken ausserdem im Sinne einer Nierenschonung. Bei Affectionen des Magendarmcanales, bei denen Gährungsvorgänge, Stagnation eine Hauptursache der Beschwerden bilden, wird man am besten von einer grösseren Menge von Trauben absehen. Bei Stuhlverstopfung wird man dagegen von einer Traubencur oft günstige Erfolge sehen; in diesem Falle lässt man Traubensaft trinken. Bei Hämorrhoidalleiden ist eine Traubencur ebenfalls empfehlenswerth. Bei functionellen Neurosen kann eine Traubencur als Unterstützungsmittel anderer therapeutischer Proceduren gute Dienste leisten. Bei Mast- und Milchcuren angewendet, verhindert sie deren verstopfende Wirkung. Fette Neurastheniker vermag man mit Hilfe einer Trauencur zu entfetten, bei Unterernährten lässt sich durch eine schonende Traubencur der Caloriengehalt der Kost nicht unbedeutend steigern u. s. w. Anämien und Chlorose mit einer Traubencur allein behandeln zu wollen, wird Niemandem einfallen; angezeigt sind aber die Trauben zur Bekämpfung der häufig bestehenden Obstipation. Zwei bis drei Stunden nach Absorption eines Eisenpräparates genossen, schaden Trauben keineswegs. Bei Leberkrankheiten wird in den wenigsten Fällen eine Traubencur indicirt sein, umsomehr aber bei Leberanschoppung, als Theilerscheinung einer Abdominalplethora; in diesem Falle wirken die Trauben leicht abführend und wasserentziehend. Bezüglich der Beispeisen der Traubencur wäre hervorzuheben, dass z. B. dem Genusse eines Glases Pilsner Bier am Abend, oder eines Glases Moselwein am Mittag, wenn die Trauben Nachmittags 4 Uhr oder Vormittags 11 Uhr genossen werden, nichts im Wege steht; Milch oder Rahm neben Trauben darf man anstandslos gestatten, wenn auch nicht sofort vor oder nach Traubengenuss. Salate oder grobes Brot auszuschliessen, erscheint, wenn nicht besondere Gründe vorliegen, durch den Traubengenuss allein nicht geboten. Die Trauben sollen nicht zu kalt und nicht ohne vorherige Reinigung und ferner langsam genossen werden; die Schalen spucke man aber erst, nachdem das Gerüst derselben durch Kauen in den Bissen

übergegangen, aus. Es empfiehlt sich, eine kleine Menge Weissbrot dabei zu nehmen, ebenso ist Reinigung der Zähne nach Traubenzufuhr zur Schonung derselben, sowie ein kleiner Spaziergang zweckmässig. — (Zeitschr. f. diät. u. physikal. Therapie; Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Neuere Arzneimittel und Receptformeln.

Antiarthrin von Sell & Co. ist nach Dr. Schaefer ein Condensationsproduct einer nicht näher bezeichneten Gerbsäure aus Saligenin und entsteht das Condensationsproduct durch Behandeln des Gerbstoffes in wässerigsalzsaurer Lösung mit Salicin. Das Präparat ist in Alkohol, Aceton und Alkalien löslich und sind die Lösungen sehr wenig haltbar. Wasser scheidet aus alkoholischer Lösung das Antiarthrin unzersetzt aus; die alkoholische Lösung zeigt weder Gerbsäure- noch Saligeninreaction, beim Erhitzen der alkoholischen Lösung mit Wasser wird es gespalten und können die Componenten nachgewiesen werden. Angewendet wird es als Gichtmittel in Pulver- oder Pillenform und bewirken 6 bis 10 g täglich sofortige Abnahme der Gichtschmerzen, sowie Vermehrung des Harnes, ohne Nebenwirkungen zu verursachen. Wegen seines, wenn auch geringen Gehaltes an freier Salzsäure, darf es mit Chemikalien nicht in Verbindung gebracht werden. — (Ph. C.; Ph. P.)

Bromipin. Das von Merck dargestellte Bromadditionsproduct des Sesamöls mit 10% Bromgehalt bildet eine gelbliche, rein ölig schmeckende Flüssigkeit von analogen physikalischen Eigenschaften, wie fette Oele. Es wird von den Kranken stets gut vertragen, da es weder den Magen, noch den Darm belästigt und wird die Hauptmenge des Broms nach Resorption des Fettes im Blut und in den Geweben, bei der Oxydation des Fettes als Alkali sehr langsam abgespalten, was daraus hervorgeht, dass es fünf Wochen nach der letzten Bromipindosis im Harne nachweisbar war. Dr. O. Dornblüth empfiehlt das Bromsesamöl anstatt der üblichen Bromsalze, da mit Letzteren bloss Palliativ- und nicht Heilerfolge erzielt werden. So wirkt z. B. Bromnatrium bei nervösen Kranken mit Neigung zu Herzklopfen beruhigend; der Erfolg schwindet aber meistens nach der Medication mit Hinterlassung von Schlaflosigkeit. Bromipin hingegen wirkt hier zuverlässiger, da nach Verabreichung von einem Thee-

löffel (= 0·35 Brom, = 0·52 Bromkalium) während des Abendessens, das nächtliche Herzklopfen nach einigen Tagen bereits ausbleibt, um auf längere Bromipinmedication ganz zu verschwinden, u. zw. bei einer Brommenge, mit welcher in Form der Salze ein Erfolg nicht erzielt werden könnte. Ebenso günstig wirkt das Präparat gegen das erregbare Herz der Neurastheniker, in welchen Fällen man mit zwei bis drei Theelöffeln Bromipin täglich schneller zum Ziele gelangt, wie mit doppelt so grossen Mengen Bromsalze. Bei neurasthenischer Angst unterstützt es die Wirkung des Codeïns, welches in diesen Fällen allein oft versagt und hat Bromipin vor Bromsalzen überhaupt den Vorzug, bei grösserer und anhaltenderer Wirkung keine unangenehmen Nebenwirkungen hervorzurufen. Das Präparat kann für die Behandlung von Epilepsie von grosser Bedeutung sein, da Prof. Gessler bei einem Epileptiker mit Bromipin (drei Esslöffel täglich) insoferne Erfolg erzielt hatte, dass die Zahl der Anfälle von 16 (in drei Monaten) auf zwei durch äussere Anlässe hervorgerufene Anfälle gesunken ist, welche im Gegensatze zu den früheren ohne nachheriges Uebelbefinden verliefen. — (Aerztl. Monatsschr.; Ph. P.)

Bei Schweisshänden:

1. Rp. Zinc. oleinic. 10·0
Bism. subnitr. 20·0
Betonaphtholi 1·0
Amyl. ad 100·0
D. S. Streupulver.

2. Rp. Tannoform 10·0
Talc. venet. 20·0
D. S. Streupulver.

Bei Incontinentia urinae:

Rp. Tinct. lycopod. clavat. 25·0
Mixtur. gummos. 120·0
Syr. althaeae 30·0
D. S. 3mal täglich 1 Esslöffel zu nehmen.

Bei Dysmenorrhöe:

Rp. Apiolini 0·2
Dtr. tal. dos. Nr. XX ad caps. gelat. S. 2—3 Tage vor Eintritt der Menses und während derselben 2—3 Kapseln täglich während der Mahlzeiten.

Bei Influenza:

Rp. Ammon. chlor. }
Chinin. sulfur. } āā 0·025
Salicini 0·25
M. p. f. Dtr. tal. dos. Nr. X.
D. S. 3 Pulver täglich zu nehmen.

Bei Kopfschmerz:

Rp. Ol. sinapis }
Camphor. } āā 6·0
Aeth. sulfur. 4·0
Ol. menth. piper. 2·0
Spirit. vini 12·0
M. D. S. Zum Einreiben.

Bei Tuberculose:

1. Rp. Phosphoguajacoli 10·0
Tinct. cola }
Tinct. coca } 50·0
D. S. 3mal täglich 1 Kaffeelöffel zu nehmen.

2. Rp. Phosphoguajacoli 1·0
Lactis 200·0
D. S. Zum Klysma.

Bei Epilepsie:

Rp. Inf. fol. adon. vern.
e 2·0—3·75 : 180·0
Kal. bromat. 7·5—11·25
Codeini 0·12—0·18
M. D. S. 4—8 Esslöffel täglich.

Als **Tonica des Genitalnervensystems** empfiehlt Barruco:

1. Rp. Ol. phosphor. 1·0
Gumm. arab. 5·0
Aq. menth. 100·0
Syrup. spl. 50·0
M. f. emulsio.
D. S. 3—6mal täglich 1 Kaffeelöffel zu nehmen.

2. Rp. Extr. fluid. Damian 50·0
D. S. 3—6 Kaffeelöffel täglich.

3. Rp. Ambr. gris. 0·4
Moschi 0·2
Croc. orient. }
Caryophyll. } āā 4·0
Zingiber. }
Sacchari 16·0
M. p. f. Divide in dos. aeq. Nr. XII.
S. 2 Pulver täglich.

4. Rp. Zinc. bromat. }
Zinc. valerian. } āā 1·0
Zinc. oxyd. }
Pulv. et extr. liquir. q. sat. ut f. pil. Nr. XX.
D. S. 3 Pillen täglich.

5. Rp. Camphor. monobrom. 2·0
Ol. olivar. 20·0
Gumm. arab. 10·0
Aq. dest. 150·0
M. f. emulsio. Adde
Elaeosacch. menth. 15·0
D. S. 3mal täglich 1 Esslöffel.

6. Rp. Strychnin. nitr. }
Phosphor. } āā 0·015
Extr. cannab. indic. 0·12
Limaturae ferri 2·0
Rad. rhei 0·4
M. f. pil. Nr. XXV. D. S. 3mal täglich 1 Pille vor dem Essen.

7. Rp. Rad. ginseng. 3·0
Vanille 6·0
Ol. cinnamom. gtt. I
Tinct. ambrae gtt. II
Sacchari 100·0
Mucilag. q. sat. ut. f. tabl. Nr. CLXXX.
D. S. 4—8 Pastillen täglich.

8. Rp. Zinc. phosphor 0·25
Extr. nuc. vom. 1·0
M. f. pil. Nr. L. D. S. 3 Pillen täglich.

9. Rp. Zinc. phosphor. }
Extr. nuc. vom. } āā 0·33
Extr. quassiae }
Extr. liquirit. } āā q. sat.
ut. f. pil. Nr. XX. 3 Pillen täglich.

10. Rp. Camphor. monobrom. 1·0
Sacchari 9·0
Spirit. vin. q. sat. ut f. pastill. Nr. X. S. 4 Pastillen täglich.

11. Rp. Cicut. bromhydrat. 0·02
Aq. dest. 120·0
Aq. menth. }
Syrup. spl. } āā 30·0
M. D. S. 3mal täglich 1 Esslöffel.

12. Rp. Tinct. gelsem. sempervirent. }
Tinct. colch. autumn. } āā 10·0
D. S. 3mal täglich 10 Tropfen.

13. Rp. Aur. chlor. 0·2—0·5
Aq. dest. 20·0
D. S. ad vitr. nigr. D. S. 3mal täglich 10—20 Tropfen, allmälig auf 3mal täglich 50 Tropfen steigend.

14. Rp. Extr. fluid. Damian. 30·0
Tinct. staphisagriae 7·5
Aq. dest. 120·0
M. p. f. 2mal täglich 1 Esslöffel.

Sitzungsberichte.

Congress zur Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit in Berlin.

Dr. Köhler: Ueber Ausbreitung und Bedeutung der Tuberculose als Volkskrankheit.

Trotz der Ungenauigkeit der Statistik der Erkrankungen und Todesfälle, insbesondere im Kindesalter, ist es einwandsfrei sichergestellt, dass die Tuberculose diejenige übertragbare Krankheit ist, welche alljährlich die grössten Opfer an Menschenleben und Gesundheit verursacht. Die Tuberculose kommt in allen Welttheilen und unter allen Rassen vor. In erster Linie kommt die Lungentuberculose in Betracht. In Europa scheinen die Verhältnisse hinsichtlich deren Verbreitung in Grossbritannien, Belgien und Italien am günstigsten, in Ungarn, Oesterreich und Russland am ungünstigsten zu liegen. Das Deutsche Reich hat eine mittlere Sterblichkeit an Lungentuberculose von 2·5 auf 1000 Einwohner bei einer Gesammtsterblichkeit von 21·8 (1894/97).

Die grössere oder geringere Höhenlage über dem Meeresspiegel scheint, soweit ganze Länder in Vergleich gestellt werden, eine ausschlaggebende Bedeutung nicht zu besitzen. Aber auch beim Vergleich kleinerer Bezirke im Deutschen Reiche ist eine irgend in Betracht kommende niedrigere Sterblichkeit an Tuberculose in den gebirgigen Gegenden nicht zu erkennen. Ueber den Einfluss meteorologischer Verhältnisse liegen keine brauchbaren statistischen Angaben vor; doch ist in den ersten fünf Monaten des Jahres die Sterblichkeit in der nördlich gemässigten Zone am grössten. Männer sterben durchschnittlich mehr als Frauen. Der Höhepunkt liegt in der Altersclasse von 60—70 Jahren, auf die Zahl der Lebenden berechnet; im Verhältniss jedoch zu den an anderen Krankheiten gleichaltrigen Gestorbenen findet sich die grösste Sterblichkeit an Lungenschwindsucht im Alter von 20—30 Jahren. Im Alter von 15—60 Jahren starben im Deutschen Reiche in den letzten vier Jahren jährlich durchschnittlich 87.600 Menschen an Lungentuberculose.

Da eine nähere Prüfung der Verhältnisse zeigt, dass wichtiger, als die Verhältnisse, welche die Natur schafft, diejenigen sind, welche der Mensch sich selbst gestaltet, so folgt daraus, dass der Kampf gegen diese Krankheit nicht aussichtslos sein kann. Dies geht aus der Abnahme der Tuberculose in allen solchen Culturstaaten hervor, die den Kampf aufgenommen haben. Es kommen alle Mittel in Betracht, welche sich einerseits gegen den Krankheitserreger, anderseits auf Hebung der Widerstandsfähigkeit des menschlichen Körpers richten.

Krieger besprach die Beziehungen zwischen den äusseren Lebensverhältnissen und der Ausbreitung der Tuberculose — Beziehungen, die im Einzelnen noch nicht genügend aufgeklärt sind. Als wichtig haben sich nur einige disponirende Momente bis jetzt ermitteln lassen, so manche Berufsarten, die zu Erkrankungen der Athmungsorgane Veranlassung geben, z. B. Ueberladung der Lunge mit Staub, Verletzung durch scharfkantigen Staub, oder solche, die zu mangelhafter Circulation führen, oder endlich solche, die eine mangelhafte Muskelthätigkeit und Schwächung des Organismus, insbesondere des Herzens, mit sich bringen. Gefährlich endlich ist in dieser Hinsicht der Auf-

enthalt in geschlossenen Räumen zusammen mit Tuberculösen, die bacillären Auswurf haben.

Gebhardt, Director der hanseatischen Versicherungsanstalt für Invaliditäts- und Altersversicherung, besprach die Ausbreitung der Tuberculose unter der „versicherungspflichtigen Bevölkerung", welche am meisten von dieser Krankheit befallen wird, und betont die Nothwendigkeit für die Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten, sich an dem Kampfe gegen diese Seuche zu betheiligen.

Schjerning setzte die Verhältnisse in der Armee auseinander. In der deutschen Armee ist seit 1882 ein Gleichbleiben, dann ein geringes Steigen 1890/92 (Influenzaepidemie) und von da ab ein stetiger Rückgang zu bemerken. Die Sterbezahl im Heere ist von 0·63‰ im Jahre 1882/83 auf 0·24‰ Köpfe 1897/98 gesunken. Dieser enorme Rückgang kann aber nur als ein Zeichen dafür angesehen werden, dass man die Erkrankten rechtzeitig aus dem Heere entfernte.

Die Tuberculose unter den Hausthieren fand eine eingehende Würdigung durch Prof. Bollinger. Die mit der menschlichen Tuberculose identische Tuberculose der Rinder und Schweine nimmt in erschreckender Weise zu. Dies ist nicht bloss ein Krebsschaden für die Landwirthschaft, sondern auch eine nicht zu unterschätzende Gefahr für den Menschen. Gegen letztere hilft nur eine gründliche Zubereitung und Vermeidung rohen oder halbrohen Fleisches. Gefährlicher ist für den Menschen die Gefahr, welche durch den Genuss der Milch tuberculöser Kühe bedingt wird, auch dann, wenn keine Eutertuberculose vorhanden ist, wie gerade die Zunahme der Tuberculose unter den Schweinen beweist, die hauptsächlich durch Fütterung mit derartiger infectiöser Milch entsteht. Auch die grosse Ausbreitung der Kindertuberculose ist theilweise als Nahrungsinfection zu betrachten. Den ersten Schritt zur wirksamen Bekämpfung dieser Gefahren bildet die Einführung der obligatorischen Fleischbeschau.

In der zweiten Abtheilung, Aetiologie, wurde nur von Flügge die Bedeutung des Tuberkelbacillus als alleinigen Erregers der menschlichen und Säugethiertuberculose gewürdigt. Die Identität der Geflügeltuberculose mit der der Menschen hat sich bis jetzt nicht ermitteln lassen. Die Tuberkelbacillen sind obligate Parasiten; sie entwickeln sich, abgesehen von künstlichen Culturen und soweit unsere Erfahrungen bis jetzt reichen, nur im menschlichen, resp. thierischen Organismus.

Ueber die Art und Weise der Uebertragung verbreitete sich C. Fraenkel. Jeder Mensch und jedes Thier, in dessen Absonderungen Tuberkelbacillen vorkommen, bildet eine Quelle der Ansteckung. Ausserhalb des menschlichen und thierischen Körpers gehen die Bacillen jedoch allmälig zu Grunde; sie erliegen nach und nach der Einwirkung des Lichtes und der Trocknung. Wird die Ansteckungsgefahr schon damit eine geringere, als bei vielen anderen Infectionskrankheiten, so wird sie durch die beschränkte Empfänglichkeit des Menschen noch weiter herabgesetzt. In der Regel findet eine Uebertragung nur bei wiederholter und reichlicher Aufnahme von Bacillen statt, also bei regem und fortgesetztem Verkehr mit den Kranken. Doch kommt neben der häufigsten Aufnahme durch die Lungen auch noch die Aufnahme durch die Haut und den Magendarmcanal in Betracht (letzteres durch Milch, Butter, Fleisch).

Neben den Tuberkelbacillen machen sich aber schon bald nach stattgehabter Infection meist noch andere Bacterien geltend. Diese „Misch-Infection"

bespricht Pfeiffer. Erst aus dieser resultirt das klinische Bild der „Lungenschwindsucht“, besonders ist das sog. hektische Fieber auf die Wirkung der anderen Krankheitserreger (Streptokokken u. s. w.) zu beziehen.

Die wichtige Frage der Erblichkeit, Immunität und Disposition wurde von Löffler erörtert. Er führte aus, dass angeborene Tuberculose so selten ist, dass die Heredität für die Praxis nicht in Betracht kommt. In fast allen Fällen lässt sich eine Ansteckung in der Familie nachweisen. Auch für das Vorhandensein einer angeborenen, resp. ererbten Disposition für Tuberculose haben sich bisher keine sicheren Anhaltspunkte gewinnen lassen. Dagegen ist es wahrscheinlich, dass andere Krankheiten der Athmungsorgane und Verdauungswege, sowie Ernährungsstörungen das Zustandekommen der Tuberculoseansteckung ermöglichen. In diesem Sinne, z. B. Vererbung eines schmalen langen Thorax, könnte von einer vererbten Disposition gesprochen werden. Die Tuberculose kann spontan heilen, doch ist eine natürliche Immunität bis jetzt nicht nachgewiesen.

Ueber das erste Stadium der Lungenschwindsucht berichtet Birch-Hirschfeld. Durch directe Untersuchung von 32 Befunden latenter, in der Entwickelung begriffener primärer Lungentuberculosen, die bei Sectionen Verunglückter oder sonst plötzlich Verstorbener erhoben wurden, konnte die verbreitete Annahme, nach welcher die primäre Lungenschwindsucht in der Regel von einer in den feinsten Verzweigungen der Luftwege sich entwickelnden käsigen Entzündung ihren Ausgang nehmen soll, in keinem Falle bestätigt werden. Es fand sich vielmehr in 28 Fällen, dass die Tuberculose ihren primären Sitz in der Schleimhaut eines mittelgrossen Bronchus hatte, u. zw. vorwiegend des hinteren Abschnittes der rechten Lungenspitze.

Ueber „Traumatisme et tuberculose“ sprachen Lannelongue und Achard. Dieselben weisen darauf hin, dass die klinische Erfahrung nicht im Einklang steht mit den bekannten Experimenten Schüller's. Es wird nicht beobachtet, dass bei Tuberculösen ein gelegentliches Trauma, z. B. Luxation oder Fractur, zur tuberculösen Gelenk- oder Knochenentzündung führt. Die Bacillen gehen eben zu schnell in der Blutbahn zu Grunde. Auch die Nachprüfung der Schüller-schen Experimente ergab ihnen andere Resultate.

Die dritte Abtheilung, „Prophylaxe“, wurde von Roth eingeleitet mit dem Vortrage „Allgemeine Massnahmen zur Verhütung der Lungentuberculose“. Das wichtigste Vorbeugungsmittel gegen die Lungentuberculose ist nach ihm die Verhütung der Einathmung des feuchten oder getrockneten Auswurfes in zerstäubtem Zustande. Diesem Zwecke dient eine möglichst schnelle Beseitigung desselben, sowie Desinfection der von Tuberculösen bewohnten Räume und von ihnen benutzten Utensilien.

Heubner mahnt daran, mit der Verhütung der Tuberculose schon im Kindesalter zu beginnen. Da die Tuberculose im Kindesalter fast ausschliesslich auf Ansteckung zurückzuführen ist, so ist das Kind aufs Peinlichste vor Berührung mit tuberculös Erkrankten oder deren Aufenthaltsort zu bewahren. Die Empfänglichkeit gegen die tuberculöse Ausbreitung ist verschieden, besonders gross scheint sie bei Kindern tuberculöser Abstammung zu sein.

Ueber die „Gefahren der Eheschliessung Tuberculöser“ sprach Kirchner. Aus seinen Ausführungen resultirt, dass Tuberculöse am besten nicht vor Ablauf von zwei Jahren nach völligem Stillstand der Schwindsuchts-

erscheinungen heiraten. Treten aber innerhalb der Ehe bei einem der Gatten floride Erscheinungen auf, so sind alle die Massnahmen zu treffen, welche eine Ansteckung des anderen Gatten, bezw. der Kinder verhüten können.

(Schluss folgt.)

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Schluss.)

Heymann, ehemaliger Assistent von Flügge, ergänzt die Neisser'schen Ausführungen durch Darlegung der weiteren experimentellen Ergebnisse bezüglich der Tröpfcheninfection. die durch die Versuche von Latschenko ausser allem Zweifel gesetzt ist. Er hat in weiteren Versuchen an einem nicht ausgesuchten Krankenmaterial zeigen können, dass 40% der zu den Versuchen herangezogenen Patienten bacillenhaltige Tröpfchen verspritzten. Er hat auch das Experimentum crucis vollzogen, d. h. den experimentellen Nachweis geliefert, dass diese Tröpfchen athembar und infectionsfähig sind, wobei er peinlichst auf Ausschaltung der Staubinfection achtete; von 25 Meerschweinchen wurden sechs typisch inficirt. trotz ihrer sehr ungünstigen Chancen für diesen Infectionsmodus, da in Bezug auf den Athemmechanismus erst 100 Meerschweinchen einem Menschen gleichkommen. Bedenkt man jedoch, dass bei der Influenza, obwohl diese für die Austrocknung sehr empfindlich ist, eine grosse Verbreitung herrscht, so wird man diesem Infectionsmodus eine Bedeutung nicht absprechen können. Allerdings erleidet er insofern eine grosse Beschränkung, als die Entfernung, bis zu der er reicht, keine grosse ist; in H.'schen Versuchen war der Objectträger, auf dem die Pröpfchen aufgefangen wurden, in 50 *cm* Entfernung angebracht; aber bis zu 1 *m* sind kaum noch die Tröpfchen auf dem ausgelegten Objectträger bemerkbar. Auch richten sich die Infectionschancen nach dem Infectionsausgangspunkt: es gibt viele Phthisiker, die gar nicht verspritzen. Uebrigens hat sich Flügge durchaus nicht ablehnend gegen den Staubinfectionsmodus verhalten, im Gegentheil hat er parallel mit den Tröpfchen-Infectionsversuchen auch eingehende Staubinfectionsversuche mit einem den Cornet'schen Ergebnissen sehr nahekommenden Resultat machen lassen, speciell durch Stichert; H. legt dieselben im Einzelnen dar: Stark eingetrockneter, mit tuberculösem Sputum imprägnirter Staub wurde mit einem starken Gebläse durch einen hohen Thurm von 1 *m* Länge durchgeblasen und nachgesehen, ob noch lebende Tuberkelbacillen am anderen Ende anlangten. Thatsächlich waren in der Vorlage noch zahlreiche Tuberkelbacillen vorhanden. Allerdings entsprachen die Stichert'schen Versuchsbedingungen nicht den Verhältnissen im praktischen Leben, da hiebei ein starkes Gebläse, starke Luftströmungen und grosse Austrocknung verwendet wurden, die im Leben kaum erreicht wird. Cornet hat bereits nachgewiesen, dass tuberculöses Sputum zu so hoher Austrocknung wahrscheinlich nur selten gelangt. Stichert experimentirte dann noch mit kleinen Holzstückchen, die er mit tuberculösem Sputum bestrich, ebenso mit kleinen reinen Leinwandläppchen, die er fest aneinander rieb; auch dabei zeigte sich, dass durch excessives Austrocknen nennenswerthe Verstaubung von tuberculösem Material zustande kommen kann. Unter den praktischen Verhältnissen stellen beide Infectionsmodi keine allzu grossen Gefahren dar, sollen jedoch bei den prophylaktischen Massnahmen in Betracht gezogen werden. (Deutsche Med.-Ztg.)

Herausgeber und verantwortlicher Redacteur: Dr. M. Heitler. — Verlag von Moritz Perles.
Druck von Johann N. Vernay in Wien.

Ueber einige neuere Methoden der localen Anästhesirung.

Von Privatdocent Dr. Konrad Büdinger, k. k. Primararzt.

Nach jahrelangem Stillstand ist in neuerer Zeit die Frage der localen Anästhesirung zu neuem Leben erwacht und dem schon lange gefühlten Bedürfniss, die Grenzen der Indication zur Narkose einzuengen, ist in nicht unbeträchtlicher Ausdehnung Rechnung getragen worden. Hiedurch ist aber nicht nur eine grosse Gefahr, wie sie die Narkose oft genug darstellt, beseitigt, sondern auch in anderer Beziehung ein wesentlicher Fortschritt angebahnt worden. Die Chirurgie, insbesondere jener Theil, welchen man mit dem alten und heutzutage nur noch in ganz anderem Sinne gebrauchten Ausdruck „kleine Chirurgie" bezeichnet, wird von Tag zu Tag weniger ein Monopol einiger Specialisten, die Zahl der chirurgisch ausgebildeten Aerzte ist eine sehr grosse. Und trotzdem musste sich Mancher, dem es weder an Kenntnissen, noch an der Geschicklichkeit mangelt, selbst relativ unbedeutender Eingriffe enthalten, weil es besonders am Lande die grössten Schwierigkeiten machte, den Patienten zu narkotisiren; die lange Dauer der Nachwirkungen, die Furcht des Kranken und vor Allem der Umstand, dass oft kein sachkundiger College zur Hand ist, machen die grössten Schwierigkeiten. Es sind demnach die neueren Methoden der localen Anästhesirung für den praktischen Arzt umso wichtiger, als sie ihm im Gegensatze zu den meisten Errungenschaften der Chirurgie die Arbeit erleichtern, das Arbeitsfeld ausdehnen.

Im Jahre 1892 hat Schleich seine Methode der „Infiltrationsanästhesie" zum ersten Male dem Chirurgen-Congress vorgeführt; zunächst wenig beachtet, hat sich dieselbe unter wechselnder und sehr verschiedenartiger Beurtheilung zu halten vermocht und ist heute ein in seinen Principien allgemein anerkanntes Besitzthum der Chirurgie. Ueber die Grenzen ihrer Anwendbarkeit, über die theoretische Erklärung des Vorganges sowie auch über die Details in der Zusammensetzung der Flüssigkeiten herrschen freilich noch grosse Meinungsverschiedenheiten. Wie immer sich aber in der Zukunft diese Fragen lösen

mögen, unbedingt gebührt Schleich das grosse Verdienst, dass er als Erster gelehrt hat, wie man mit Hilfe von Mitteln zu operiren im Stande ist, welche dem Menschen keine Intoxicationsgefahren bringen.

Alle bisherigen Methoden der localen Anästhesirung hatten zwei grosse Mängel, nämlich die ausserordentlich enge Begrenzung ihrer Wirkungssphäre in zeitlicher und räumlicher Beziehung und die nicht zu unterschätzende Vergiftungsgefahr gerade bei den besten Mitteln dieser Art.

Kein vernünftiger Arzt wird sich verhehlen, dass es überhaupt undenkbar ist, jemals eine Operationsmethode zu finden, welche ganz ungefährlich ist; sehen wir doch bei den geringsten Eingriffen, wie Punctionen mit der Pravaz'schen Nadel, kleinen Incisionen u. s. w. nicht so selten recht schwere Collapse eintreten. Ein Theil der Fälle, bei welchen nach Injection von Cocaïn bedrohliche Erscheinungen aufgetreten sind, gehört zweifellos in diese Kategorie, aber es ist unmöglich, zu entscheiden, inwieweit dabei der reine Nervenshok Schuld ist oder das Cocaïn, sei es allein, sei es als unterstützende Noxe, in Rechnung gezogen werden muss. Auch unter Anwendung der Schleich-schen und der ihr verwandten Methoden werden bei Eingriffen an überempfindlichen und furchtsamen Menschen solche Zufälle gelegentlich vorkommen können, aber wie anders sieht sich dies in Bezug auf die Prognose und — was für den Operateur auch nicht gleichgiltig ist — in Bezug auf die Verantwortlichkeit an, wenn eine Intoxication mit Sicherheit auszuschliessen ist.

Eben dies ist aber der Cardinalpunkt der Methode der Infiltrationsanästhesie.

Während man bekanntlich früher ausschliesslich mit 3—5% Cocaïnlösungen arbeitete, ist Schleich der Nachweis gelungen, dass es nur ganz minimaler Spuren dieses Mittels bedarf, um eine scharf umschriebene anästhetische Zone zu gewinnen, wenn man die Flüssigkeit in die Haut und nicht unter dieselbe spritzt.

Diese Eigenschaft ist übrigens keineswegs nur dem Cocaïn und den übrigen local wirkenden Anästheticis zu eigen, sondern dieselbe Wirkung zeigt sich auch nach der Injection von destillirtem Wasser und vielen anderen Flüssigkeiten. Während der Infiltration von manchen derselben, unter Anderem auch der Aq. dest., tritt aber ein lebhafter Schmerz auf, es entsteht das, was Liebreich, welcher diese Thatsache zuerst studirt hat,

als Anaesthesia dolorosa bezeichnet. Ganz indifferent verhält sich den Geweben gegenüber physiologische Kochsalzlösung, indem sie weder Anästhesie noch Injectionsschmerz verursacht, in der Mitte zwischen beiden steht nach Schleich eine 0·2%ige Kochsalzlösung, von der man nach diesem Autor während der Infiltration ein sehr geringes Gefühl von leichter Spannung, auch wohl etwas Jucken bemerkt, wogegen an der infiltrirten Stelle vollkommene Anästhesie eintritt.

Eine 0·2%ige Kochsalzlösung soll in vollkommen normalen Geweben genügen, um ganz schmerzlos Operationen ausführen zu können und Schleich motivirt die Anwendung von Cocaïn damit, dass fast ausnahmslos nur in hyperästhetischen Geweben operirt wird. Schleich bezeichnet auch das Morphium mur. in schwachen Lösungen als ein ausgezeichnetes locales Anästheticum, das bei der Injection keinen Schmerz verursacht, zugleich aber im Stande sei, den Nachschmerz hintanzuhalten; auch soll es in jenen Fällen, bei welchen in entzündeten Gebieten die Infiltration von reinen Cocaïnlösungen vor Eintritt der Anästhesie Schmerzen bewirkt, sichere Abhilfe hiegegen schaffen können. Auf Grund solcher Erfahrungen und Ansichten sind die Schleich-schen Lösungen zusammengesetzt. Die Formeln lauten:

I		II.		III.	
Cocaïni mur. . .	0·2	Cocaïni mur. . .	0·1	Cocaïni mur. . .	0·01
Morph. mur. . . .	0·02	Morph. mur. . . .	0·02	Morph. mur. . .	0·005
Natr. chlor. . .	0·2	Natr. chlor. . .	0·2	Natr. chlor. . .	0·2
Aq. dest. ster. .	100·0	Aq. dest. ster. .	100·0	Aq. dest. ster. .	100·0

Nach einfacher Rechnung würden von Lösung I 25, von II 50, von III 500 g erst die Maximaldosis für die subcutane Einverleibung von Cocaïn erreichen, in Wirklichkeit aber kann diese Dosis von 0·05 bei der Infiltrationsanästhesie nicht als zu Recht bestehend angesehen werden, weil ja die Incision sofort gemacht wird, infolge dessen ein grosser Theil der Lösung aus der Wunde sofort abfliesst. Hiezu kommt, dass auf Grund vieler Erfahrungen und Experimente behauptet werden kann, dass dieselbe Menge von Cocaïn in concentrirter Lösung unvergleichlich gefährlicher ist, als in verdünnter.

Die Lösungen I und III sollen nur selten zur Anwendung kommen, erstere, die concentrirte, in stark hyperästhetischen, besonders in entzündeten Geweben, letztere, an weniger empfindlichen Stellen, wie z. B. in der Subcutis, u. zw. dann, wenn die verwendete Menge der Normallösung Nr. II sich der Maximaldosis nähert.

Von nicht geringerer Wichtigkeit als die Zusammensetzung der Lösungen erscheint die Technik der Infiltrationsanästhesie.

Das Princip bei der Injection der früher verwendeten hochprocentigen Cocaïnlösungen bestand darin, dass dieselben, ins subcutane Zellgewebe gebracht, daselbst diffundirten und ihre lähmende Wirkung auf diese Weise langsam fortschreitend allmälig das Gebiet stärkerer Nervenäste erreichte und beeinflusste. Diese Art der Anästhesirung macht es daher nothwendig, circa fünf Minuten nach der Injection zu warten, bis der gewünschte Erfolg eingetreten ist. Eine weitere Consequenz ist ferner, dass die anästhetische Zone nicht scharf umschrieben erscheint, sich vielmehr um ein Centrum vollständiger Empfindungslosigkeit langsam abtont.

Bei der Infiltrationsanästhesie wird zuerst die Injectionsnadel nur gerade so viel in die Epidermis eingestochen, dass ihr Lumen bedeckt ist; durch Entleerung eines Tropfens Flüssigkeit entsteht nun eine weisse (anämische) Quaddel, welche anästhetisch ist, ohne dass aber in der Umgebung die Empfindlichkeit im Geringsten herabgesetzt wäre. Diese erste Einstichstelle räth Schleich ebenfalls unempfindlich zu machen, u. zw. an der Haut durch den Aethylchlorid-(Kelen)-Strahl, an Schleimhäuten, in der Vagina etc. durch Betupfen mit concentrirter Carbolsäurelösung oder mittels eines feuchten Körnchens Cocaïn. Diese Anästhesirung der Einstichstelle, auf welche Schleich grossen Werth legt, wird von vielen Autoren als unnöthig, ja unzweckmässig verworfen und auch ich stimme mit dieser Ansicht überein. Wer jemals den Aethylchlorid-Strahl auf seine eigene Haut hat einwirken lassen, weiss, dass das Gefrieren weit unangenehmer ist, als ein Einstich mit der Nadel, wenn dieselbe sehr fein und scharf ist und die Manipulation nicht ungeschickt gemacht wird.

Von der ersten Quaddel aus wird die Nadel ebenfalls in, nicht unter der Haut vorgeschoben und so das ganze Terrain des Hautschnittes durch Aneinanderreihen vieler Quaddeln unempfindlich gemacht. Erst dann können die tiefen Schichten in Angriff genommen werden, indem sie entweder von der intacten, infiltrirten Haut aus oder unter Umständen schrittweise während der Operation mit der Injectionsflüssigkeit ödemisirt werden. Immer aber hört die Anästhesie am Rande des infiltrirten Gewebes ohne Vermittlung auf, so dass es der Patient sofort empfindet, wenn diese Zone überschritten wird.

Es ist einleuchtend, dass hiedurch die ganze Art des Operirens in technischer Beziehung einen anderen Charakter annimmt, indem ein energisches, rasches Vorgehen nur in wenigen Fällen statthaft erscheint. Tastend, der anästhetischen Zone Schritt für Schritt nachgehend und nur mit ihrer etappenweisen Ausdehnung fortschreitend, gibt der Operateur gerade jene Seite der Technik auf, welche den alten Chirurgen gross machte. An ein und derselben Stelle bleibt die Anästhesie etwa 20 Minuten bestehen, kommt man also im Verlauf der Operation nach längerer Zeit wieder zu einer früher infiltrirten Stelle, wie z. B. zu den Hautnähten, so muss dieselbe neuerdings in Angriff genommen werden.

Hiemit ist schon eine Grenze für die Anwendbarkeit der localen Anästhesie gegeben:

Alle Operationen, welche von Anfang an nicht wenigstens annähernd zu übersehen sind, welche ein schnelles und rücksichtsloses Vorgehen erfordern, entfallen von selbst. Diese Grenze ist allerdings schwer zu ziehen, jedoch scheint es mir vortheilhaft, sie eher zu Gunsten der Narkose als der localen Anästhesie zu verschieben. Es wird zwar gesagt, man könne eine Narkose noch immer einleiten, wenn sie sich als nothwendig herausstellt; fassen wir aber bestimmte Situationen ins Auge, so nimmt sich die Sache doch etwas anders aus. Wenn man schon die verhältnissmässig nicht so häufigen Fälle ausser Acht lässt, bei welchen eine plötzliche Blutung jede weitere Schonung unmöglich macht, indem keine Zeit zur Narkose mehr frei ist, so bleiben doch jedenfalls fast ausschliesslich Fälle übrig, bei welchen der Systemwechsel sich erst dann als nothwendig erweist, wenn schon eine grosse Wunde gesetzt ist. Es würde wohl eine sehr gewagte Behauptung sein, dass man da im Excitationsstadium mit Sicherheit alle Gefahren von der Wunde abhalten kann und besonders bei Laparotomien ist die Wahrscheinlichkeit sehr gross, dass bei unruhigem Narkosenbeginn in irgend einer Weise Complicationen geschaffen werden.

Eine weitere Contraindication besteht für grössere Eingriffe im Gesichte mit Ausnahme derjenigen, welche ganz oder vorwiegend die Haut betreffen. In dem lockeren Gewebe ist hier meist eine sehr reichliche und ausgedehnte Infiltration nöthig, welche ausgedehnte Oedeme verursacht, die oft Tagelang bis zum gänzlichen Verschwinden brauchen und den Patienten mehr

beunruhigen, vielleicht auch eine längere Berufsstörung mit sich bringen, als die Operation selbst. Ferner eignet sich die Infiltrationsanästhesie durchaus schlecht für alle feineren plastischen Operationen, u. zw. aus mehreren Gründen.

Zunächst wird die Ernährung der Hautlappen gerade im kritischen Moment beeinträchtigt, indem die Basalgefässe durch das Oedem verengert, vielleicht geradezu verschlossen werden; es ist auch nicht gering anzuschlagen, dass man in dem gequollenen Gewebe die Orientirung verliert, wieviel man dem Hautlappen, bezw. seiner Ernährungsbrücke zumuthen darf, eine Orientirung, bei welcher sonst die Farbe und das Aussehen des Lappens keine geringe Rolle spielt. Sodann aber geht die richtige Beurtheilung der Formen, der Hautschrumpfung etc. ganz verloren. Man steht bei solchen Operationen ungefähr so da, wie ein Maler, der keine Ahnung hat, wie sich seine Farben nach dem Trocknen verändern werden.

Dagegen leistet die Infiltration ganz ausgezeichnete Dienste bei der Transplantation nach Thiersch. Diese sonst nur unter Narkose ausführbare Operation kann mit Infiltrationsanästhesie nicht nur schmerzlos ausgeführt werden, sondern die technische Seite wird durch die künstliche Oedemisirung obendrein noch wesentlich erleichtert, indem sich die gespannten und vorgewölbten Partien sehr leicht und schön abtragen lassen.

Von den acut entzündlichen Processen sind nur jene zur Behandlung unter Infiltration geeignet, welche scharf abgrenzbar sind und bei denen die Entzündungserscheinungen in der Umgebung eine geringe Ausdehuung haben.

In den anderen Fällen ist es meist unmöglich, den ausserordentlich lebhaften Schmerz zu vermeiden, den eine Spannungszunahme, wie sie die Injection nothwendigerweise mit sich bringt, verursacht. Eine weitere, sehr wichtige Gefahr besteht darin, dass man mit der Spitze der Canüle leicht in bereits inficirte Gewebe kommt und beim weiteren Vorgehen diese Infectionskeime in die bisher gesunde Nachbarschaft direct eingeimpft werden; dann fehlt auch hier die Klarheit der Situation, wie sie behufs zweckmässiger Incision von Phlegmonen so dringend nothwendig ist.

Endlich ist die Anwendung von Cocaïn und verwandter Mittel gänzlich unstatthaft bei dem Gebrauch des Paquelin, da die Wirkung dieser Stoffe in der Hitze sofort vernichtet

wird. Wer also z. B. bei der Paquelinisation der Hämorrhoidalknoten bleibt, muss sich dabei nach wie vor der Narkose bedienen.

Die angeführten Contraïndicationen sind natürlich zum grossen Theil keine absoluten, viele werden von Schleich und dem Kreise seiner engsten Nachahmer nicht anerkannt. Wie immer aber die Stellungnahme zu diesen Fragen sei, muss daran festgehalten werden, dass die Indicationsstellung zu der Infiltrationsanästhesie bei grösseren Eingriffen in erster Linie von der Uebung des Operateurs in diesem Handgriffe abhängt. Dem weniger Erfahrenen kann nicht genug ans Herz gelegt werden, seine Anforderungen an diese Methode zunächst nicht allzu hoch zu schrauben, wenn er Misserfolge vermeiden will. Es gehört viel Aufmerksamkeit, Uebung und Erfahrung dazu, um es hierin auf einen grünen Zweig zu bringen.

Unbedingt nöthig für die erfolgreiche Anwendung der Infiltrationsanästhesie ist das entsprechende Instrumentarium, nämlich gut gehende Spritzen von 1—10 cm^3 Inhalt, Nadeln von verschiedener Länge, gerade sowohl als auch für die Injection an schwerer zugänglichen Stellen gebogene, besonders auch sehr feine und scharf geschliffene Canülen für den ersten Einstich. Die Nadeln müssen sehr genau an die Spritzen passen, eventuell für die Injection in sehr derbes Gewebe durch Bajonettverschluss an Letztere fixirbar sein. Die Spritzen sollen Querbalken oder eine ähnliche Vorrichtung behufs Ermöglichung von starkem Druck haben und müssen wo möglich täglich mit lauer Flüssigkeit durchgespritzt werden. Nur fortwährende Aufmerksamkeit und die häufige Verwendung können das Instrumentarium in brauchbarem Zustande erhalten.

* * *

Es ist zweifellos ein grosser Nachtheil des Cocaïns, dass es sich nicht durch Auskochen sterilisiren lässt, ohne seine chemische Zusammensetzung zu verändern und dadurch an Wirksamkeit beträchtlich einzubüssen, ja sogar nur in ganz frisch bereiteten Lösungen zuverlässig wirkt. Dadurch werden auch bei der Auflösung in sterilisirtem Wasser Manipulationen nothwendig, welche die Flüssigkeit, vom Standpunkte der Asepsis betrachtet, keineswegs einwandfrei erscheinen lassen. Praktisch allerdings scheinen sich fast niemals unangenehme Folgen aus diesem Uebelstande zu ergeben, jedoch ist es gewiss sehr wünschenswerth,

auch in dieser Beziehung allen Anforderungen gerecht zu werden. Wir haben in neuerer Zeit im Eucaïn B (das Eucaïn A ist nicht wirksam) ein Mittel, welches sich durch Auskochen in Wasser nicht verändert und bei gleicher Kraft der Anästhesirung obendrein bedeutend weniger giftige Wirkungen entfaltet, als das Cocaïn, angeblich nur den 5. Theil der Toxität desselben hat. Es eignet sich daher ganz ausserordentlich zur Injection und wird besonders durch H. Braun, welcher dasselbe einer genauen Prüfung unterzogen hat, aufs Wärmste zur Infiltrationsinjection empfohlen.

Braun weicht auch sonst in verschiedener Beziehung von der Ansichten Schleich's ab. Er betrachtet den Schmerz bei der Injection als den Ausdruck der Quellung, welche infolge des Einflusses von solchen Injectionsflüssigkeiten auf das Gewebe entsteht, die osmotisch different diesen gegenüber sind, d. h. ihnen Wasser entziehen oder Wasser an sie abgeben. Die osmotische Spannung einer wässerigen Lösung wird am besten erkannt aus ihrem Gefrierpunkt, alle wässerigen Lösungen, welche den gleichen Gefrierpunkt besitzen, haben auch eine gleiche osmotische Spannung.

Dieser Voraussetzung entspricht eine 0·8%ige Kochsalz- oder Kochsalz-Eucaïnlösung. Demnach lautet die Formel für die Infiltrationsinjection nach Braun:

Eucaini B	0·1
Natr. chlor.	0·8
Aq. dest.	100

Braun verwirft den Zusatz von Morphium, da seine Untersuchungen übereinstimmend mit denen der meisten Autoren ergeben haben, dass demselben keine local-anästhesirende Wirkung zukommt und die Herabsetzung des Nachschmerzes einer allgemeinen Wirkung entspricht, welche man gegebenen Falles besser durch eine Morphiuminjection an einer beliebigen anderen Stelle zu erzielen trachtet, zumal dem Morphium auch in sehr stark verdünnten Lösungen eine ausserordentlich quellende Wirkung innewohnt. Wird die Braun'sche Lösung auf Körpertemperatur erwärmt, so vermag sie auch an den hochgradigst hyperästhetischen Stellen volle Unempfindlichkeit auszulösen.

Eine eingehende Prüfung der beiden Mischungen hat mir das Resultat gegeben, dass sie gleichwerthig sind, was allerdings auch gegen beide theoretischen Erklärungen ernste Bedenken

wachrufen muss. Ich bin bei der Braun'schen Lösung stehen geblieben, weil ein Theil der Einwürfe gegen die Zusammensetzung der Schleich'schen Lösung wohl gerechtfertigt erscheint. Ist auch das Cocaïn in Wirklichkeit vielleicht niemals Schuld an einer Infection, so ist doch jedenfalls ein Mittel vorzuziehen, das in den Rahmen unserer Vorstellungen von der Asepsis besser hineinpasst, wie es das Eucaïn B thut; ob ferner Morphium eine local-anästhetische Wirkung besitzt oder nicht, erscheint ziemlich gleichgiltig, da es ja ohnehin nicht der Träger dieser Wirksamkeit sein soll. Den Nachschmerz kann es aber gewiss nicht durch locale, sondern nur durch allgemeine Wirkung beeinflussen. Schliesslich dürfte es auch jedenfalls vorzuziehen sein, wenn man mit einer Lösung, welche kaum die Giftigkeit der schwächsten Schleich-Lösung besitzt, für alle Fälle auskommt — wo keine Wahl ist, da ist kein Irrthum.

Es sei hier nur nochmals betont, dass man mit der Schleich'schen Lösung gleich gute Resultate erzielen kann; welche Methode man wählt, hängt so lange von individueller Ansicht ab, bis die strittigen Punkte zu einer definitiven Entscheidung gelangt sind.

Unter der angeführten Contraindication befanden sich auch die mehr diffusen eitrigen Processe. Gerade für diese aber wäre es sehr bedauerlich, auf die locale Anästhesie verzichten zu müssen, da man sich in vielen Fällen einerseits nur ganz ausnahmsweise zu einer allgemeinen Narkose entschliessen kann, anderseits aber es nicht nur wegen der bedeutenden Schmerzen bei der Incision, sondern auch im Interesse einer gründlichen Operation in besonders hohem Grade wünschenswerth ist, sicher und ohne äussere Schwierigkeiten vorgehen zu können. Für solche Fälle, insbesondere soweit sie Finger, Hände, Zehen und Füsse betreffen, haben wir in der von Oberst ausgebildeten sogenannten regionären Anästhesie eine ausgezeichnete Methode, welche allen anderen weit überlegen ist.

Ihr Princip besteht darin, dass relativ kleine Mengen des Anästheticums möglichst direct auf den Stamm des Nerven einwirken, welcher die betreffende Stelle versorgt, dass die Empfindungslosigkeit centrifugal von der Injectionsstelle fortschreitet, während eine Umschnürung des Gliedes oberhalb von der Einstichstelle die vorzeitige Resorption des Anästheticums verhindert. Theoretisch hätten wir also hier ein Mittelding zwischen dem

Gedanken der alten subcutanen und der Infiltrationsanästhesie. Während bei der Letzteren nur die peripheren Nervenendigungen getroffen werden, bei der Ersteren dagegen die Wirkung zuerst von der Peripherie aufwärts zum Nervenstamm und dann retrograd zur Peripherie zurückgeht, ersparen wir bei der regionären Anästhesie den ersten Theil des Weges und brauchen infolge dessen auch nur eine bedeutend geringere Menge des Mittels, zumal durch die Abschnürung seine Kraft gespart wird. Schon diese einfache Ueberlegung des Vorganges ergibt, dass hiebei die Wirkung auf die peripheren Nervenenden nicht sofort eintreten kann, sondern erst dann, wenn die Lähmung des Stammes eine vollständige ist.

Die Zeit, welche hiezu nothwendig ist, wechselt je nach der Entfernung der Einstichstelle vom peripheren Ende der Extremität und nach der Genauigkeit, mit welcher der Nervenstamm getroffen werden kann, sie kann z. B. vom Handgelenk aus über $^1/_4$ Stunde betragen.

Die Abschnürung soll im Allgemeinen möglichst nahe hinter dem Krankheitsherde angelegt werden, selbstverständlich aber an einer zuverlässig gesunden Stelle. Eine Ausnahme von dieser Regel empfiehlt es sich aber doch zu machen: Am letzten Finger- und Zehenglied, besonders wenn es ohnehin schon durch Entzündung in erhöhte Spannung versetzt ist, macht 1 cm³ Flüssigkeit schon sehr viel aus, indem durch die Erhöhung der Spannung starke Schmerzen hervorgerufen werden; man thut deshalb gut, nicht weiter peripherwärts, als bis zum zweiten Gelenk zu gehen.

Die Abschnürung soll mit einem elastischen Band oder Drainrohr und nicht zu fest gemacht werden, da anderenfalls die Schmerzen an der Abschnürungsstelle unöthiger Weise gesteigert werden. Diese Schmerzen, welche niemals ganz fehlen und bei längerer Dauer der Abschnürung zunehmen, sind der grösste Uebelstand der Methode und übersensible Patienten klagen oft sehr über dieselben.

Die Injection selbst wird mit möglichst dünnen und spitzen Canülen ausgeführt, wobei man an den Fingern leicht mit 1 cm³ einer 1%igen Cocaïn- oder Eucaïnlösung auskommt, indem man zwei Injectionen in die Gegend der beiden Hauptnervenstämme macht, welche zu beiden Seiten der Beugesehnen verlaufen, eventuell mit einer dritten Injection die paarigen Nervenästchen

an der Streckseite trifft. Auf die beiden ersten Einstiche kommen so ungefähr je 3½ Theilstriche, also etwa 0·0035 g des Anästheticums.

Hiedurch werden nicht nur die Weichtheile, sondern auch Periost und Knochen unempfindlich gemacht, so dass man mit der grössten Ruhe Incisionen und Excochleationen vornehmen, Knochen entfernen kann etc. Operationen an Fingern und Zehen, unter Anderem auch die (nebenbei bemerkt viel zu häufig angewendete) Excision des eingewachsenen Nagels sollten nur mit Hilfe der regionären Anästhesie vorgenommen werden.

Technisch schwieriger ist die Anästhesirung nach dieser Methode an grösseren Abschnitten der Extremitäten und sie hat auch den Nachtheil, dass man sehr lange nach der Operation, zuweilen ½ Stunde und länger warten muss, bis die Gefühlslähmung eingetreten ist. Das macht dem Patienten wegen der Abschnürung starke Schmerzen und es ist auch den meisten Leuten sehr unangenehm, so lange auf dem Operationstisch zu liegen und zu warten. Wenngleich die Methode gewiss in Zukunft noch vervollkommt werden wird, ist es jetzt noch rathsam, nicht weit über Hand und Fuss hinauszugehen. Bei diesen kann man eine vollständige und auch den Knochen betreffende Empfindungslosigkeit erreichen, welche gestattet, Enucleation, Evidements, Resectionen vorzunehmen. Zu diesem Zwecke wird in der Umgebung jedes Nerven eine kleine Menge des Anästheticums abgelagert oder werden streifenartige Depots in der Tiefe unter besonderer Berücksichtigung des Nervenverlaufes angelegt.

Für Operationen, welche sich nur in der Haut abspielen, genügt es auch oft, wenn man sich darauf beschränkt, die Hautnerven auf diese Weise zu lähmen. Die Lehre von der localen Anästhesie ist gegenwärtig in vielen Punkten noch nicht ausgebaut, die bisher fixirten Thatsachen aber sind von einer so fundamentalen Wichtigkeit, dass sie es verdienen, das Gemeingut aller Aerzte zu werden und dass auch Jene, welche sich nicht speciell mit Chirurgie beschäftigen, sie unbedingt kennen müssen. Sie werden nur Freude und Befriedigung aus der Anwendung dieser Methoden schöpfen.

Ueber die Brustdrüsensecretion der Neugeborenen.

Von Dr. Rudolf Neurath.

Es ist eine altbekannte Erfahrung, dass die Brustdrüsen Neugeborener in der ersten Lebenswoche eine anfangs seröse, später milchähnliche Flüssigkeit secerniren, die, schon Morgagni bekannt, noch heute unter dem Namen „Hexenmilch" im Volke die Basis abergläubischer Deutungen abgibt. Regeres Interesse widmeten der Erscheinung in unserem Jahrhundert deutsche, besonders aber französische Forscher (Natalis, Guillot, Boutequoy, Gubler u. A.).

Wie die anderen Drüsen der Haut, entwickeln sich auch die Brustdrüsen aus dem Rete Malpighi, u. zw. wird der Beginn ihrer Entwickelung in den dritten Embryonalmonat zurückverlegt, während die Lichtung der Drüsengänge erst um die Zeit der Geburt erfolgen soll (Vierordt).

Jedenfalls scheint die Drüse um die Zeit der Geburt in rascher Entwicklung begriffen zu sein, um nach langsamerem Wachsthum während des Kindesalters erst wieder zur Zeit der Pubertät eine ziemlich plötzlich einsetzende Zunahme zu erfahren.

Einige Tage nach der Geburt zeigt sich eine deutliche Anschwellung der kleinen Brustdrüsen bei beiden Geschlechtern. Die Gegend der Warzen sammt den Höfen wölbt sich halbkugelig oder stumpfkegelig vor, die bedeckende Haut zeigt ein blasses oder bläulich-rothes Colorit, und beim Zufühlen merkt man eine derbteigige Consistenz. Auf Druck entleert sich in Tropfen, seltener im Strahl, anfangs eine seröse, später eine gelbweisse, an Frauenmilch erinnernde Flüssigkeit.

Was zunächst den Eintritt und die Dauer dieser physiologischen Erscheinung betrifft, variiren die Angaben. Guillot [1]) lässt den Beginn der Milchsecretion zeitlich zusammenfallen mit dem Abfall der Nabelschnur (5. oder 6. Tag), und bemisst ihre Dauer auf 7—12 Tage. Vierordt sah sie 8—14 Tage anhalten. Gubler fand die Secretion fast immer am Ende des ersten Monates erloschen, verzeichnet aber eine ausnahmsweise Dauer bis zu vier Monaten. Depaul (S. Comby) hält es für sicher, dass bei einer gewissen Zahl von Kindern die Secretion von der

[1]) Comby: Traité des malad. de l'enfance. Tome V, 1898.



Geburt an besteht; er konnte achtmal unter 23 Fällen vor Ablauf des ersten Tages dieselbe constatiren. Eines der Kinder zeigte die „Hexenmilch“ schon in der ersten Stunde. Bei einem frühgeborenen Kinde trat die Secretion erst nach acht Tagen auf.

Was die Beschaffenheit der „Hexenmilch“ betrifft, zeigt sich dieselbe weiss, süss, alkalisch reagirend; sie enthält die Bestandtheile der Frauenmilch, u. zw.: (Quevenne) 1·4% Fett, 2·8% Caseïn, Milchzucker und Extractivstoffe 6·4%, und 89·4% Wasser. Genser fand abweichende Zahlen (14tägiges Mädchen Caseïn 5·57%, Albumin 4·9%, Zucker 9·5%, Fett 14·56%, Salze 8·26%). [1]) Eine neuere Untersuchung (Lecocq) ergab 1·4% Fett, 1·1—2·5% Caseïn, 4·2—4·6% Zucker.

Die Häufigkeit der Brustdrüsensecretion im Kindesalter ist ungemein gross. Täuschungen über die Frequenz der Erscheinung beruhen wohl darauf, dass die geringe Secretion sich nur bei Druck auf die pralle Drüsenregion deutlich zeigt und spontanes Vortreten der Milch überaus selten ist, dass jedoch nicht bei allen Kindern auf Milchsecretion in solcher Weise inquirirt wird.

Bei reif geborenen kräftigen Kindern lässt sich die Milchsecretion fast nie vermissen. Frühgeborene oder schwächliche Kinder, bei denen mangelhafte Function auch anderer Drüsenapparate aufzufallen pflegt, zeigen oft auch Fehlen der Brustdrüsensecretion.

Die normale Dauer der Milchproduction schwankt zwischen 5—12 Tagen. Betont sei, dass wiederholtes Drücken neben noch zu erwähnenden unangenehmen Complicationen auch eine dauerndere Secretion veranlassen kann. Bekannt ist die permanente Secretion der Mammen adolescenter und erwachsener Individuen beider Geschlechter, wie sie hin und wieder zur Beobachtung kommt. Ob dieselbe mit der Drüsensecretion der Neugeborenen in einem ätiologischen Connex steht, ist nicht erwiesen.

Um dieselbe Zeit, um die wir die Milchsecretion der ersten Wochen zu treffen gewohnt sind, zeigen sich öfters Entzündungserscheinungen der Brustdrüsen, die wir nicht mehr als physiologisch, sondern schon als Complication des physiologischen Processes aufzufassen haben.

Die Brustdrüsengegend (auf einer oder gar auf beiden Seiten) röthet sich, wölbt sich stärker vor, die Warze und ihre Umgebung fühlen sich warm an, das Kind wird unruhig und zeigt öfters Temperatursteigerung von einigen Zehntel. Wir

[1]) Nach Jacobi's Handbuch der Kinderkrankheiten, I. Bd., 2. Abth.

haben die Zeichen einer Brustdrüsenentzündung (Mastitis neonatorum). Geht die Entzündung nicht zurück, so verdünnt sich nach und nach die geröthete Haut, und es kommt endlich zum Eiterdurchbruch, worauf der Process gewöhnlich bald abheilt.

Wenn man solchen Krankengeschichten nachgeht, so findet sich gewöhnlich in der Anamnese die Angabe, dass man (gewöhnlich die geschäftige Hebamme) durch wiederholten Druck auf die Brustdrüse eine Entleerung des Secretes veranlassen wollte. In der guten Absicht, die strotzende Drüse entlasten zu wollen, wurden so durch Quetschung der Ausführungsgänge oder der Mamilla Gewebstrennungen gesetzt und einer Infection Bahnen geöffnet. Seltener kommen solche Mastitiden, ohne dass die Drüse gedrückt wurde, zu Stande; manchesmal ist die Brustdrüsenentzündung das Symptom einer Allgemeininfection.

Dass die Mastitis der Neugeborenen nicht immer ein unschuldiges, rasch beendetes Intermezzo bedeutet, beweisen Fälle (Pestalozza), in denen es zu weit und tief greifenden Phlegmonen oder zu Erysipel, zur Sepsis mit lethalem Ausgang kam. Aber auch für die fernere Zukunft des Individuums kann die Brustdrüsenentzündung der ersten Lebenstage von Bedeutung sein. Narben nach spontan durchgebrochenen oder incidirten Drüsenabscessen können die normale Entwicklung der Drüse hindern, ganze Partien können dauernd atrophiren und so können Frauen nicht nur kosmetisch, sondern auch für eine eventuelle Säugung ihrer Kinder dauernd geschädigt sein.

Die Physiologie der Brustdrüsensecretion Neugeborener ist nicht klar. Speciell welchen Einfluss die Abnabelung auf den Eintritt der Drüsenfunction hat, ist eine unbeantwortete Frage. Dass lediglich die geänderten Circulationsverhältnisse die Secretion anregen, ist höchst wahrscheinlich.

Prophylaktisch wird insoferne der physiologischen Brustdrüsensecretion Aufmerksamkeit zu widmen sein, als, wie erwähnt, mechanischer Druck auf die Drüsengegend einerseits eine protrahirte Function der Mammen veranlassen kann, und anderseits solche Traumen für eine Drüsenentzündung grundlegend sein können. Wir werden also gut thun, die secernirende Drüse einfach sich selbst zu überlassen oder besonders strotzend gefüllte Drüsen mit kühlenden Verbänden (Bleiwasser oder stark verdünnter essigsaurer Thonerde, vielleicht 1 : 6) zu behandeln.

Solches Vorgehen wird dringend nöthig sein, wenn Röthung,

zunehmende Schwellung, Unruhe oder Fieber den Beginn einer Mastitis anzeigen. Gelingt es nicht, auf diese Weise die Entzündung zum Rückgang zu bringen und kommt es zur Abscedirung, so kann man durch warme Umschläge zunächst den Durchbruch beschleunigen. Ohne lange zu warten, wird man in solchen Fällen bald durch Incision (in radiärer Richtung) den Eiter entleeren.

REFERATE.

Interne Medicin.

Dionin als schmerzstillendes Mittel in der Praxis. Von Dr. Richard Bloch.

Vf. hebt die leichte Löslichkeit des Präparates in Wasser hervor (1 : 7), welche für die rasche Entfaltung seiner Wirkung und seine therapeutische Bedeutung sehr wesentlich ins Gewicht fällt. Namentlich eignet sich Dionin auch zur subcutanen Anwendung, wobei sich der Vorzug neutraler Reaction dadurch geltend macht, dass die Injection weder während noch nach der Application auch nur im Geringsten schmerzhaft empfunden wird. Es verdient schon aus diesem Grunde dem Codeïnphosphat bei Entziehungscuren vorgezogen zu werden (Hesse). Dem Dionin fehlen jene hochgradig toxischen Qualitäten, welche dem Morphin mitunter schon in kleinsten Dosen zu eigen sind und die auch beim Codeïn zur Vorsicht mahnen. Als ein besonderer Vorzug des Dionins gegenüber Morphin und selbst Codeïn erscheint der Umstand, dass ihm in den wirksamen Dosen jede obstipirende Eigenschaft abgeht. Die narkotische Wirkung des Dionins ist geringer als bei Morphium und Codeïn. Dionin beeinflusst weder bei Kindern noch bei Greisen in den wirksamen Dosen die Harnentleerung. Das Dionin hat eine exquisit schmerzlindernde Wirkung und verdient in dieser Hinsicht dem Morphin und Codeïn an die Seite gestellt zu werden.

Die schmerzhaften weiblichen Genitalerkrankungen bilden das Hauptgebiet für die Anwendung des Dionins. In Tropfenmixtur (Dionin 0·4, Aqua laurocer. 20) mehrmals täglich zu 15 bis 20 Tropfen dient es als ein vortreffliches Schmerzstillungsmittel bei dysmenorrhoischen, parametrischen Schmerzen, bei Ovaralgien, Salpingitiden u. s. f. — (Therap. Monatsh. Nr. 8, 1899.)

Zur Behandlung der Phosphaturie. Von Dr. G. Klemperer.

Die Behandlung der Phosphaturie stösst in vielen Fällen auf grosse Schwierigkeiten; die Trübungen des Urins sind nicht leicht zum Schwinden zu bringen und die Neurasthenie der Kranken wächst mit den vergeblichen Behandlungsversuchen. Phosphorsaurer Kalk fällt im Urin stets aus, wenn das Verhältniss der sauren zu den alkalischen Phosphaten sich zu Ungunsten der ersteren verändert, wenn der Urin seine Reaction zur alkalischen verändert. Alle Umstände, welche geeignet sind, den Urin alkalisch zu machen, lassen Erdphosphate ausfallen. De Urin wird alkalisch, wenn in der Nahrung Alkalien selbst enthalten sind. Phosphaturie muss eintreten, wenn durch heftiges Erbrechen oder Magenausspülungen viel Salzsäure nach aussen entfernt wird, oder wenn bei Dilatationen und motorischen Insufficienzen der saure Inhalt abnorm lange im Magen festgehalten wird. All diese Zustände betreffen sehr häufig Neurastheniker; auch dies ist ein Grund des Zusammentreffens von Neurasthenie und Phosphaturie. Nach Minkowski liegt kein Grund vor, die Phosphaturie als einen besonderen Krankheitszustand anzusehen. Soweit unter solchen Umständen von einer Behandlung der Phosphaturie überhaupt die Rede sein könne, würde die Aufgabe einer solchen sein, die Acidität des Harnes zu steigern. Dies könne in einfachster Weise geschehen durch Zufuhr von organischen Säuren, wie Salzsäure, oder von solchen organischen Säuren, die im Organismus nicht zu Kohlensäure oxydirt werden, wie Benzoësäure, Salicylsäure u. dgl. Vor Allem empfiehlt Minkowski die Behandlung der Phosphaturie durch die Ernährung. Er empfiehlt alle Eiweissnahrung (Fleisch, Eier, Käse, Cerealien, Leguminosen), da sie den Harn ansäuern, und warnt vor Kartoffeln, Wurzel- und grünen Gemüsen, sowie Obst, da sie den Urin direct alkalisch machen.

Vf. hat mehrere Fälle von Phosphaturie behandelt. Es waren in der Mehrzahl hochgradig nervöse Menschen. Die Behandlungsweise nach Minkowski liess völlig im Stich. Es bestand bei den Kranken eine Hyperacidität des Mageninhaltes mit hochgradiger motorischer Insufficienz. Die Hyperacidität war eine Theilerscheinung der allgemeinen Nervosität, welche sich noch in vielen anderen Zeichen zu erkennen gab. Die Phosphaturie ist nicht die Folge der Magenkrankheit. Die Magenaffection ist nur secundär, durch die reizbare Schwäche

des Nervensystems verursacht. Auch die Phosphaturie muss in diesem Sinne als ein Symptom der allgemeinen Nervosität behandelt werden.

Die Behandlung der Phosphaturie muss auf ihre Ursachen einzuwirken suchen; sie kann nur Erfolg haben, wenn sie die Nervenkrankheit bekämpft, die ihrerseits Hyperacidität und Schlaffheit des Magens verursacht. Den Magen zum Mittelpunkt der Behandlung zu machen, wäre ebenso unrichtig, wie es die directe Einwirkung auf die Reaction des Urins ist.

Die Phosphaturie kann nicht schematisch behandelt werden. Es gibt keine diätetische und keine medicamentöse Vorschrift von allgemeiner Giltigkeit. Die Kunst des Arztes wird ein Regime zu wählen haben, das der nervösen Eigenart des Patienten am meisten entspricht: in der moralischen Einwirkung wird ein Haupttheil der ärztlichen Kunst zu suchen sein. Vf. hat seine Patienten reichlich mit gemischter Kost ernährt und hat sie getrennt vom Essen viel Wasser, besonders oft einfache Säuerlinge trinken lassen, häufige Anwendungen von Hydrotherapie und Elektricität, mehrere Patienten hat er an die See, einige ins Hochgebirge geschickt, den besten Theil seiner Erfolge glaubt er dem Hinweise zu danken, dass es sich um Nervenleiden handle, zu dessen Bekämpfung der Patient durch grösste Regelmässigkeit der Lebensführung und durch Selbstbeherrschung mitzuwirken habe.

Die innere Behandlung der Phosphat-Nierensteine deckt sich mit der der Phosphaturie. — (Therap. d. Gegenw., Nr. 8, 1899.)

Ueber Fangobehandlung. Von Dr. Davidsohn.

In Battaglia wird der Fango nicht wie sonst durch Mischung von Erde mit Thermalwasser künstlich hergestellt, sondern er wird mit dem Thermalwasser zugleich in sehr grossen Quantitäten an die Erdoberfläche befördert und in mehreren kleinen Teichen abgelagert. Dieser Mineralschlamm wird dann unbeschadet seiner Consistenz und Zusammensetzung exportirt und in gleicher Weise wie in Battaglia in Form von localen Applicationen auf den erkrankten Körpertheil zu Heilzwecken verwandt. Der Fango gehört seiner chemischen Zusammensetzung nach in die Kategorie der bei uns gebräuchlichen Mineralschlamme und Moorarten. Er überragt sie durch seine physikalischen Eigenschaften (plastische Eigenschaft und das sehr schlechte Wärmeleitungsvermögen). Ist ausser der localen kataplasmirenden

Wirkung des Fangoumschlages, welche infolge des schlechten Wärmeleitungsvermögens des Fango eine sehr intensive ist, noch eine allgemeine Schwitzprocedur indicirt, so wird mit der localen Application des heissen Schlammes eine Einpackung des ganzen Körpers in eine dreifache Lage Decken (Leinen-, Gummi-, Wolldecke) verbunden. Bei der localen Fangoapplication ohne Einpackung des Körpers, und zwar zunächst bei Affectionen, die nicht über das Hand-, resp. Fussgelenk hinausreichen, steckt der Patient Hand, resp. Fuss in ein mit heissem (40—55° C.) Fango gefülltes Gefäss, am besten in einen Gummibeutel, welcher zur Verhütung der Abkühlung während der ganzen Applicationsdauer in ein heisses Wasserbad gestellt wird, dessen Temperatur immer die des Fango um etwa 2° übersteigen muss. Bei anderweitig localisirten Erkrankungen ist es nothwendig, dass sich der Patient entkleidet, um den heissen Fango bequem auf den betreffenden Körpertheil auftragen zu können. Anstatt des Wasserbades kommt hier die dreifache Lage Decken in Anwendung, um den heissen Fango so viel wie möglich vor Abkühlung zu schützen. Mit den Decken wird der mit Fango belegte Körpertheil fest umhüllt, während sonst der Körper nur ganz oberflächlich bedeckt wird. Dagegen wird bei der localen Fangoapplication mit Einpackung des Körpers nach Auftragung des Fango auf den erkrankten Theil der ganze Körper in die dreifache Lage Decken eingepackt. Nach ½—1½stündlicher Dauer der Fangoapplication werden die Decken zurückgeschlagen und der Schlamm abgestreift; ein lauwarmes Reinigungsbad mit nachfolgender temperirter Douche beendet die Procedur, um dann noch den Patienten längere oder kürzere Zeit der Ruhe pflegen zu lassen.

Vf. berichtet über seine an der Berliner Fango-Curanstalt hiebei erzielten Resultate (387 Fälle). Die Procedur wurde durchweg von fast allen Patienten gut vertragen, irgend welche unangenehmen Nebenwirkungen sind nicht beobachtet worden. Zur Behandlung gelangten Patienten aus jeder Altersclasse. Ob ein Patient mit oder ohne Einpackung des Körpers behandelt werden sollte, bei der Bestimmung der Zeitdauer und der Intervalle der Fangoapplicationen etc. wurde sehr streng individualisirend vorgegangen. Es wurde auch die Behandlung bei einer Anzahl sehr alter Patienten mit Arteriosklerose und auch bei solchen mit nicht zu schweren Herzaffectionen unter Beobachtung

der nöthigen Vorsicht ohne jede Störung durchgeführt. Vf. erwähnt den guten Einfluss der Fangobehandlung bei Chlorose.

Die Fälle betrafen rheumatisch-gichtische Erkrankungen, Neuralgien und Neuritiden, exsudative Processe (Pleuritis, Perityphlitis, Frauenkrankheiten), chirurgische Erkrankungen (Residuen nach Trauma). Vf. hebt besonders die verhältnissmässig grosse Zahl von Heilungen und von bedeutenden Besserungen bei chronischer Ischias hervor. Nach Vf.s bisherigen Erfahrungen ist die Fangobehandlung angezeigt bei Gicht und Arthritis deformans, Muskelrheumatismus und den verschiedenen Neuralgien und Neuritiden, Ischias etc. Bei exsudativen Processen jeder Art und bei chirurgischen Erkrankungen, Residuen nach Trauma waren die Erfolge so gute, dass der Fangobehandlung gerade hier ein besonders günstiges Feld erschlossen werden dürfte. Diese Methode sollte angewandt und vor anderen ähnlichen Methoden bevorzugt werden in allen denjenigen Fällen, wo wir intensive locale Kataplasmen oder eine allgemeine Schwitzcur oder diese beiden Heilfactoren combinirt zur Anwendung bringen wollen. — (Therap. Monatsschr. Nr. 6, 1899.)

Bemerkungen zur Uebungstherapie der tabischen Ataxie. Von Dr. Frenkel.

Seitdem es feststeht, dass die Coordinationsstörung bei Tabes durch Uebung gebessert wird und dass diese Besserungen weder auf psychischen Einflüssen, Suggestionswirkungen, noch auf sonstigen unbekannten Ursachen beruhen, sondern das physiologische Resultat des Einübens darstellen, hängt der ganze therapeutische Werth dieser Erkenntniss ausschliesslich von der Technik des angewandten Verfahrens ab. Die Technik desselben muss angepasst sein an die Specialbedürfnisse des Einzelfalles.

Die Verschiedenheit der klinischen Bilder, in denen dem Arzte die tabische Ataxie entgegentritt, ist eine überaus grosse. Sie beruht erstens einmal auf der Verschiedenheit in der Schwere der Coordinationsstörung, zweitens in dem verschiedenartigen Ergriffensein der einzelnen Gliederabschnitte, in der fast constanten Verschiedenheit in den symmetrischen Gliedern etc. Wenn es daher auch meistens gelingt, nach minutiöser Untersuchung des einzelnen Kranken den für ihn geeignetsten Behandlungsplan festzustellen, so ist es dagegen ausserordentlich schwierig, allgemeine Regeln für die Behandlung zu geben. Eine rationelle, praktischen Nutzen bringende Technik wäre nur in der

Weise herzustellen, dass man die einzelnen klinischen Ataxiebilder aufs Genauste analysirt, dass jede Muskelgruppe nach zu vereinbarenden Grundsätzen auf ihre coordinatorische Function geprüft wird, und zwar unter den verschiedenartigsten Bedingungen, z. B. in der Bettlage, im Sitzen, im Stehen mit Unterstützung, im Stehen ohne Unterstützung, mit offenen und mit geschlossenen Augen etc., auf welche Analyse der Behandlungsplan begründet werden müsste.

Die Degeneration der Hinterstränge bei der Tabes dorsalis alterirt die Bewegungen der einzelnen Gliedmassen und des Gesammtkörpers, indem sie die zur normalen zweckmässigen Muskelleistung unentbehrliche Sensibilität der Musculatur und der Gelenksflächen schädigt, ferner verändert sie den Tonus der Muskelsubstanz, indem sie ihn herabsetzt. Diese beiden Alterationen finden sich zwar constant zusammen, aber sie stehen nicht in einem directen Verhältniss, so dass starke Coordinationsstörung mit geringer Hypotonie verbunden sein kann und umgekehrt; sie können daher beide nicht von derselben anatomischen Läsion abhängen. Das constanteste Symptom ist die Hypotonie, welche meist schon da auftritt, wo die Coordination noch nicht sichtlich alterirt ist,. sie gehört zu den Initialsymptomen. Die Tonusherabsetzung bei der Tabes verändert auch die Statik des Körpers, indem sie den Gelenken eine übernormale Beweglichkeit gibt. Nicht mehr von der umgebenden Musculatur straff zusammengehalten, geben die Gelenkkapseln unter dem Drucke der Körperlast nach und produciren so pathologische Körperhaltungen, die ausserordentlich charakteristisch sind und die Bewegungen. das Stehen, den Gang je nach dem Grade der Hypotonie und je nach den Muskelgruppen, welche besonders befallen sind, mehr oder weniger alteriren.

Bei einem aufrecht stehenden gesunden Körper sind die Kniegelenke stets in leichter Flexionsstellung. Diese Flexion ist bedingt durch den Tonus der Musculatur des Quadriceps surae einerseits und der Flexorengruppe auf der Rückseite des Oberschenkels anderseits, welcher beim normalen Menschen eine Hyperextension des Kniegelenkes absolut verhindert. Bei der Tabes ist diese Hyperextension, hervorgerufen durch den Tonusverlust, ausserordentlich häufig und sie kann solche Grade annehmen, dass das Kniegelenk stark nach hinten ausgebogen ist. Es ergibt sich daraus eine vollständige Veränderung der

Gleichgewichtsverhältnisse des Körpers, die Füsse sind vorgeschoben, und es muss daher der Oberkörper stark nach vorn geneigt werden, um das Gleichgewicht zu erhalten. In Fällen mit sehr schwerer Hypotonie ist eine Fortbewegung ohne Unterstützung durch Stock wegen der Gefahr des Nachvornfallens unmöglich. Diese Bewegungsstörung ist keine tabische Ataxie. In solchen Fällen ist der Versuch zu machen, den Tonus zu heben und eventuell die Orthopädie herbeizuziehen.

Veränderungen in den Gelenksexcursionen infolge Hypotonie der umgebenden Musculatur können sich bei der Tabes in allen Gelenken einstellen. Sehr häufig sind sie im Fussgelenk, wodurch der Fuss leicht umknickt, und in der Hüfte, manchmal in der Bauch- und Wirbelsäulenmusculatur. Verschiedene Grade von Hypotonie in beiden Beinen, auch wenn dieselbe nicht stark ist, kann durch ihre asymmetrische Ausbildung starke Beeinträchtigungen in der Fortbewegung hervorrufen. Alle diese durch Veränderung der Statik des Körpers verursachten Bewegungsstörungen haben principiell mit der tabischen Coordinationsstörung, mit welcher sie häufig combinirt sind, nichts zu thun. — (Therap. Monatsschr. Nr. 7, 1899.)

Ueber Bedeutung und praktischen Werth der Prüfung der Fussarterien bei gewissen, anscheinend nervösen Erkrankungen. Von Dr. W. Erb.

E. hat in einer Arbeit über das „intermittirende Hinken", einen Symptomencomplex, den zuerst Charcot beschrieben und richtig erkannt hat, indem er den Nachweis führte, dass demselben Arterienerkrankungen an den unteren Extremitäten zu Grunde liegen, von Neuem die allgemeine Aufmerksamkeit auf diese interessante Affection gelenkt. Die betreffenden Kranken befinden sich in der Ruhe, im Sitzen, beim Liegen, Stehen vollkommen wohl. Auch beim Gehen sind häufig zuerst nicht die geringsten Störungen zu entdecken. Ist der Patient aber 6—10—30 Minuten gegangen, so stellen sich Affectionen sensibler, vasomotorischer und motorischer Natur ein (Kribbeln, Kälte- und Spannungsgefühl, Schmerz — Cyanose, Blasswerden, Absterben — Krampf, Steifheit, Bewegungsunfähigkeit) in einem oder beiden Füssen, Unterschenkeln, selbst den Oberschenkeln, die dem Kranken das Weitergehen unmöglich machen und ihn zum Ausruhen zwingen. Bei der Ruhe schwindet Alles, um beim Gehen erneut aufzutreten, und so wiederholt sich der ganze

Vorgang immer wieder, so dass die Kranken nur mit Einschieben von Ruhepausen gehen können. Gelegentlich sind die Beschwerden so hochgradig, dass die Kranken ganz hilflos werden. Entzündungen an den Zehen bilden sich aus, mit Neigung zu Gangrän, die sich schliesslich auch entwickelt. Die Untersuchung ergibt Erkrankung der peripheren Arterien. Der Puls in den Fussarterien ist kleiner oder selbst ganz geschwunden, temporär oder dauernd. Dabei brauchen ähnliche Veränderungen an den übrigen Körpertheilen nicht vorhanden zu sein. Man prüft in horizontaler Lage des Kranken an den unbekleideten Extremitäten am Fussrücken die Pediaea, am inneren Knöchel die Tibialis postica, die Poplitea und die Femoralis. Bald sind die einen, bald die anderen Arterien erkrankt, bald selbst alle vier Fussarterien. Die Arterienwand zeigt hochgradige Veränderungen (Wandverdickung, Verengerung des Lumens, Obliteration etc.). Gesunde zeigen diese Anomalien niemals. E. fordert dringend auf, in solchen und ähnlichen Fällen bei entsprechenden Klagen den Kranken den Puls am Fusse zu fühlen, um schwereren Erscheinungen vorbeugen zu können durch zeitiges therapeutisches Eingreifen. Als Aetiologie findet er Alkoholmissbrauch, Syphilis, übermässigen Tabakgenuss, grobe, wiederholte Erkältungsschädlichkeiten, die local auf die Füsse einwirken (Waten in kaltem Wasser beim Fischen, unsinnige „Fussgüsse" bei Kneippcuren, Laufen mit nackten Füssen auf nassen, kalten Wiesen etc.).

Die Therapie besteht im Ausschalten der erwähnten Schädlichkeiten, diätetischen Massregeln, Vermeiden von Thee, Kaffee, starken Gewürzen etc. in der Diät. Anwendung von Hg und Jodkalium bei Syphilis. Kleinere, aber längere Zeit fortgegebene Joddosen, Application milder Wärme in Form von Fussbädern, Einwicklungen, Priessnitz'schen Umschlägen, galvanische Curen (in Form von galvanischen Fussbädern) mit ihrer gefässerweiternden Wirkung. Heben der Herzkraft durch Tonica, besonders Strophanthus. Reizlose Diät. Regulirung der Bewegung. Längere Ruhe, selbst längeres Liegen. Erst wenn Besserung erzielt, dann vorsichtig allmälig gesteigerte Gehübungen. Bei den geringsten Schrunden, Rhagaden etc. sorgfältigste chirurgische und desinficirende Behandlung. Manchmal werden mit dieser Therapie geradezu glänzende Resultate erzielt. — (Mittheil. a. d. Grenzgeb. etc., Bd. 4, H. 4; Deutsche Aerzte-Ztg.)

Ueber Missgriffe der Behandlung durch Verkennung der multiplen Sklerose. Von H. Oppenheim.

Die multiple Sklerose, viel verbreiteter als insgemein angenommen wird, ist in ihren ersten Stadien nicht immer leicht zu diagnosticiren. Da sich dieses Initialstadium nicht selten über einen Zeitraum von 5—10 Jahren erstreckt, wird die Krankheit oft verkannt. Besonders vulgär ist ihre Verwechslung mit der Hysterie. Diese Verwechslung, die ihre traurigen Consequenzen haben kann, verleitet zu therapeutischen Massnahmen, die eine schwere Schädigung involviren.

Vf. hatte im Laufe des letzten Jahres neun oder zehn Individuen (durchwegs Mädchen oder Frauen) zu untersuchen Gelegenheit, bei denen die bestehende Sklerosis multiplex irrthümlich als Hysterie angesprochen war. Bei den Kranken hatte sich allmälig im Verlaufe von Monaten oder Jahren eine typische spastische Parese entwickelt. Wo man diese findet und feststellen kann, dass sie successive entstanden ist, hat die Diagnose Hysterie keine Berechtigung.

Die Angehörigen erhielten in der Regel den Rath, das Leiden möglichst zu ignoriren und durch zweckbewusste Vernachlässigung erzieherisch auf die Patienten einzuwirken. Dann wurden Curen verordnet, die die „hysterische Gehlähmung“ oder „das hysterische Zittern“ gewaltsam zurückbringen sollten; energische Kaltwasserproceduren, insbesondere kalte Douchen und kalte Bäder (bis unter 14°), Laufübungen etc. Wenn die Sklerose auch in der Regel ein unheilbares Leiden ist, so ist doch für den Verlauf und für das Wohlbefinden des Kranken die Art der Behandlung keineswegs gleichgiltig. Die angeführten Massnahmen haben einen geradezu verderbenbringenden Einfluss: sie vermögen die Krankheit, die sich sonst Jahre und selbst bis zu einem Decennium in einem erträglichen Stadium zu erhalten vermag, gewaltsam zu beschleunigen und schon im Beginn Symptome und Beschwerden zur Entwicklung zu bringen, die sonst erst sub finem morbi et vitae in die Erscheinung zu treten pflegen. — (Ther. d. Gegenw. Nr. 7, 1899.)

Ueber Massage von Magen und Dickdarm nach Einführung medicamentöser Flüssigkeiten. Von Dr. Karl Wegele.

Bei der Behandlung chronischer Verdauungsstörungen wird mit Recht der Diätetik von jeher der erste Platz zugewiesen, während die medicamentöse und mechanische Therapie sich auf

wenige und ganz specielle Indicationen beschränkt. Bei den Magenerkrankungen wird die Massage hauptsächlich zur Stärkung der motorischen Kräfte in Anwendung gezogen, und sie vermag, wo keine stärkere Verengerung des Pylorus vorliegt, entschieden günstig zu wirken. Ob aber eine directe Entleerung des Magens, ein Auspressen des Inhaltes nach dem Duodenum hin, auf solche Weise wirklich erzielt werden kann, ist zweifelhaft. Wenn auch die zum Theile versteckte Lage des Organs und die straffe Anheftung der Bauchdecken am Rippenbogen mehr für den nicht erweiterten und normal gelagerten Magen als erschwerendes Moment in Betracht kommt, so bilden doch auch im erweiterten Organe der grössere Querschnitt und die dünnbreiige Consistenz des Inhaltes ein Hinderniss für die manuelle Entleerung, indem so ein leichteres Ausweichen des Speisebreies nach rückwärts ermöglicht wird, zumal gleichzeitige Verengerungen oder krampfhafter Verschluss des Pförtners, Abknickungen des Duodenums der angestrebten Bewegung nach vorwärts den grösseren Widerstand entgegensetzen. Die Massage von Magen und Darm kann eine bessere Ernährung der secernirenden Schleimhäute und die Anregung zur Resorption von Infiltrationen bezwecken. Zur directen Beeinflussung der erkrankten Schleimhaut empfiehlt Vf. eine Combination von Massage des Magens (oder Darms) mit Einführung medicamentöser Flüssigkeiten.

Als Contraindication gelten alle Processe, die mit Substanzverlust der Schleimhaut und mit frischen entzündlichen Reizungen der Mucosa oder Serosa einhergehen oder zu Blutungen neigen, wie Ulcus und Carcinoma ventriculi, acute Gastritis und frische Perigastritis; bei Verwendung von differenten Flüssigkeiten muss der Massage eine Nachspülung folgen. Geeignet für das Verfahren hält Vf. die verschiedenen Affectionen chronischer Hyperämie und Reizung der Schleimhaut, sei es, dass dieselben mit Erhöhung oder mit Herabsetzung des Chemismus einhergehen, indem durch die vorausgegangene Benützung mit adstringirenden, desinficirenden, neutralisirenden oder stimulirenden Arzneilösungen die Wirkung der Massage sich ganz verschieden gestaltet, während der Tonus der Musculatur gleichzeitig eine Reizung erfährt; ferner ist das Verfahren bei Hyperästhesie der Magenschleimhaut und rein nervöser Gastralgie unter Umständen von Erfolg begleitet.

Die Technik ist folgende: Man lässt die im gegebenen Falle erforderliche Flüssigkeit entweder trinken oder man giesst dieselbe (wenn eine Ausspülung vorausgehen muss, wenn der Geschmack es erfordert oder die Mund- und Speiseröhrenschleimhaut von der Arzneiwirkung ausgeschlossen bleiben soll) durch die Schlundsonde ein. Dann lässt man den Patienten die Rückenlage einnehmen und sucht durch tiefes Eindringen in die Bauchdecken, Streichen von links nach rechts, von oben nach unten (und umgekehrt) kreisförmig reibende Bewegungen, die Arzneilösung in möglichster Ausdehnung mit der Magenschleimhaut in Berührung zu bringen, wobei auch die Rückenlage mit der halbrechten und halblinken Seitenlage vertauscht wird. Länger wie auf fünf Minuten hat Vf. die Massage nie ausgedehnt und bei Verwendung differenter Lösungen auf 2—3 Minuten beschränkt; die ganze Procedur ist Morgens vor der ersten Nahrungsaufnahme vorzunehmen. Im Besonderen kommen zur Verwendung: bei chronischer Insufficienz (mit oder ohne vermehrter Schleimabsonderung) physiologische Kochsalzlösung, wovon man ca. $^1/_4$ l trinken oder nach vorhergegangener Spülung im Magen zurücklässt. Sehr zu empfehlen sind hier auch 1%ige Ichthyoleingiessungen mit darauffolgender Massage, wonach der Patient die Arzneilösung einfach durch die Sonde auspresst. Bei chronischer Hyperacidität sind Spülungen mit $1^1/_2$%igen Karlsbader Salzlösungen am Platze; mit Vortheil Eingiessungen oder Trinkenlassen von Wismuthsuspensionen (10—12 : 200) mit nachfolgender, sanfter Massage, wodurch Linderung der Beschwerden erzielt wird. Wenn man bedenkt, wie rasch dieses Salz vermöge seiner Schwere zu Boden sinkt und sich am tiefsten Punkte ansammelt, so ist seine grössere Wirksamkeit bei manueller Vertheilung auf der Magenschleimhaut verständlich. Bei Hypersecretion hat Olivetti von der Wismuthbehandlung nach Fleiner keine Dauererfolge gesehen; hier sind Eingiessungen von 1- bis 2‰igen Argent. nitr.-Lösungen und kurzer Massage und Kochsalznachspülungen wirksamer. In Fällen von Anorexie nervöser Natur können (nach Fleiner's Vorschlag) Spülungen mit Hopfen- oder Quassiadecocten mit nachfolgender Massage von Nutzen sein. Bei Gastrektasie wendet Vf. zur Verminderung der Gährungsvorgänge Chinosol in circa 1‰iger Lösung mit nachfolgender Massage an; von der von Hoffmann und Pentzoldt empfohlenen Salzsäure (2‰) hat er selbst in Fällen herabgesetzter Acidität wenig Nutzen gesehen.

Wo die Motilität eine gute ist, kann man die Magenmassage mit der Trinkcur combiniren, indem man kurz vor der Ausübung ersterer einen Becher Kissinger, Karlsbader, Homburger, Vichy-Wassers, je nach der Indication, trinken lässt; diese Methode empfiehlt Vf. besonders dem praktischen Arzt, während die Combination mit Spülungen sich mehr für die klinische und Anstaltsbehandlung eignet. Von Dickdarmerkrankungen verbindet Vf. am häufigsten das Verfahren bei chronischer Obstipation mit der Oelcur. Man kann in manchen Fällen die Oeleinläufe Nachts über im Darm belassen und erst Morgens die Bauchmassage vornehmen; anderenfalls wird letztere vier Stunden nach der Application des Oeleinlaufes (vor der Entleerung) ausgeführt. Indem sich das Oel auf der Schleimhautfläche ausbreitet und harte Kothpartikel abhebt, lassen sich diese durch den manuellen Druck leichter fortschieben, während gleichzeitig die infolge der theilweisen Zersetzung des Oels eintretende Reizwirkung auf die Peristaltik durch die nachfolgende Massage verstärkt wird. In dieser Form hält Vf. die Massage auch bei der spastischen Obstipation für gerechtfertigt, wenn sie nicht brüsk, sondern vorsichtig ausgeübt wird. Bei hartnäckigen Koprostasen, wie solche nicht selten bei Hysterischen infolge von Darmparese vorkommen, hat Vf. nach fruchtlosen Versuchen mit allen möglichen Evacuantien durch Eingiessung von 2—3 Tropfen Krotonöls in Emulsion mit nachfolgender Massage schon mehrmals eine rasche und eclatante Wirkung erzielt. Bei chronischen Diarrhöen verwendet Vf. nach vorausgegangenem Reinigungsklystier Höllenstein-, Tannin-, Ichthyol- und Chinosollösungen. Die Massage darf hier nur in einem sanften Streichen und Einreiben bestehen, und sind alle brüskeren Eingriffe streng zu meiden. Bei Verdacht auf geschwürige Processe ist das Verfahren contraindicirt. — (Deutsche Med.-Ztg. Nr. 33, 1899.)

Chirurgie.

Ueber die Desinfection inficirter Wunden. Von Dr. C. v. Eicken.

v. E. hat die Frage an Thierversuchen studirt und keinen Aufschluss darüber erhalten, ob man Desinficientien bei eiternden Wunden verwenden solle oder nicht. Ein anderer Forscher fand allerdings, dass bei den antiseptischen Verbänden die Zahl der

Keime des Wundsecretes stets abnahm, während sie wuchs, wenn aseptische Verbände angelegt wurden. Es entzieht sich indessen vorläufig noch unserer Erkenntniss, inwieweit die Toxine durch die Desinficientien unschädlich gemacht werden und die Virulenz der Keime abnimmt. Von besonderer Wichtigkeit sind jedoch die beiden folgenden Constatirungen:

1. Sind die rein physikalischen Massnahmen, die mechanische Entfernung des in der Wunde sich ansammelnden Eiters, die Spaltung von Eitergängen und Abscessen von überwiegender Bedeutung und

2. ist bei diesen Processen ein Schwergewicht auf gut resorbirende Verbände und genügend häufige Verbandwechsel zu legen. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 24, H. 2.)

Zur Totalresection der Diaphyse langer Röhrenknochen bei acuter infectiöser Osteomyelitis. Von Dr. P. Jottkowitz.

Unsere Literatur der acuten Osteomyelitis stellt hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens nur zwei Verfahren als berechtigt hin: die Incision des vorhandenen Abscesses und die Frühaufmeisselung des erkrankten Knochens. Daneben wird die Amputation des erkrankten Gliedes in schwersten Fällen noch als einzig lebensrettender Eingriff empfohlen. Gar nicht erwähnt oder völlig verworfen wird die von englischen und französischen Aerzten vor Jahren empfohlene Totalresection erkrankter Diaphysen. J. hat nun Gelegenheit gehabt, eine solche Totalresection bei einem Kinde auszuführen. Es handelte sich um einen Fall von Osteomyelitis der Femurdiaphyse, bei dem 2—3 Wochen nach breiter Aufmeisselung neuerliche Schüttelfröste und sonstige pyämische Erscheinungen sich einstellten. J. extrahirte nun nach Durchtrennung des Knochens in seiner Mitte die beiden so entstandenen Hälften. Das Periost erwies sich verdickt, jedoch noch völlig weich und schlaff. Nur der distalste Antheil zeigte schon Ossification. Extensionsverband. Nach acht Wochen, als dem Gefühle nach der neue Knochen schon fest war, wurden active und passive Bewegungen ausgeführt. Nach weiteren 14 Tagen Gehversuche. Verkürzung 3½ cm.

1½ Jahre später hatte die Verkürzung um 1 cm zugenommen. Im Hinblicke auf die Gefahr langdauernder Eiterung empfiehlt J. bei diffus osteomyelitischem Abscess, welcher die ganze Diaphyse eines langen Röhrenknochens vom Periost entblösst hat, zwar nicht die frühzeitige gänzliche Entfernung des

Knochens, wohl aber, wenn der Verlauf zeigt, dass die Totalnekrose zweifellos eintreten wird, die rechtzeitige Entfernung, welche der späteren Sequestrotomie bei ausgebildeter Lade vorzuziehen sei. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 52, H. 1 u. 2.)

Zur operativen Behandlung der Aneurysmen. Von Dr. H. Hofmann.

H. berichtet über 7 operativ behandelte und geheilte Fälle von Aneurysmen (zweimal An. der Art. femoral., je einmal der Art. vertebr. carot., poplit., radial., temporal.). Zweimal wurde die zuführende Arterie allein unterbunden, dreimal wurde die Exstirpation ausgeführt, zweimal wurde ein neues Verfahren (nach Mikulicz) angewandt. Dasselbe ist ein zweizeitiges, indem zuerst die zuführende Arterie unterbunden wird, u. zw. je nach den Verhältnissen am Orte der Wahl oder dicht über dem Aneurysma. Nach Verheilung dieser Wunde wird das Aneurysma, falls es keine Neigung zur Verkleinerung zeigt, durch eine Incision gespalten, die gerade gross genug ist, alle darin enthaltenen Coagula herauszupressen. Naht, Compressivverband. Der Erfolg der Operation wird wesentlich gesichert durch eine mässige, noch Monate nach der Operation geübte Compression mit elastischen Binden.

Der Zweck der zweizeitigen Operation ist der, einerseits die oft undurchführbare Exstirpation des Sackes zu umgehen, anderseits den Druck, welchen derselbe auf die Nachbarschaft ausübt, wenn er sich nicht verkleinert hat, aufzuheben. Man möge die Operation nur anwenden, wenn man die prima intentio der Incisionswunde erwarten kann, weil die Infection des Sackes sicher ausgeschlossen werden muss. Es gilt daher die Regel, die Incision nicht an einer Hautstelle auszuführen, die durch das Aneurysma beeinträchtigt ist, sondern wie bei der Punction kalter Abscesse an Stellen, wo Haut und Unterhautzellgewebe noch normale Beschaffenheit besitzen. — (Beitr. z. klin. Chir. Bd. 24, H. 2.)

Die Indicationen zur chirurgischen Behandlung der Appendicitis. Von Prof. E. Sonnenburg.

Es lässt sich im Allgemeinen die Regel aufstellen, dass, wenn sich der erste Anfall nach 3—4 Tagen nicht vollständig ausgleicht, es Zeit ist, eine Operation in Aussicht zu nehmen, durch welche nicht allein die Gefahr des Anfalls, sondern auch die Krankheit selber am radicalsten beseitigt wird. Bis dahin

ist es Aufgabe des Arztes, den Entzündungsherd möglichst zu beschränken. Diese Indicationen werden am besten durch absolute Ruhe, möglichste Enthaltung von Nahrung, locale Behandlung durch Kälte oder, wenn diese schlecht vom Patienten vertragen wird, durch hydropathische Umschläge erfüllt. Vor Anwendung des Opiums in grossen oder wiederholten Dosen ist zu warnen, weil zu leicht der dadurch bedingte Meteorismus dann die Beurtheilung über Stillstand oder Fortschritt der Entzündung und die Beurtheilung eintretender Complicationen stört. Der Meteorismus erschwert die Untersuchung, und durch die infolge des Opiums bedingte Empfindungslosigkeit des Patienten geht jeder Anhalt über die Ausbreitung des Processes verloren. In den meisten Fällen wird man mit Morphin vollständig auskommen, eventuell reicht man kleine Opiumdosen in Zäpfchenform oder als Injection in den Mastdarm. Nehmen bei dieser Behandlung die allgemeinen Erscheinungen ab, localisirt sich der Entzündungsprocess in der Blinddarmgegend und verkleinert sich das Exsudat unter Abfall des Fiebers und Rückkehr des Pulses zur Norm, so kann man sicher sein, dass dieser Anfall im Laufe der ersten Woche sich wieder ausgleichen wird.

Wir erkennen demnach die Ansicht, jeden perityphlitischen Anfall wegen der daraus entstehenden Gefahren sofort operativ zu behandeln, nicht mehr als berechtigt an. Die Anhaltspunkte, die für das operative Einschreiten massgebend sind, sind: Die Störungen des Allgemeinbefindens, das Verhalten des Fiebers, des Pulses und der localen Symptome.

Die Erfahrung lehrt, dass heftige Symptome bei einer ganzen Reihe von Anfällen sich auf einige Tage beschränken, dass dann der Abfall der Temperatur zusammen mit dem Schwinden der Pulsstörungen erfolgt, das Allgemeinbefinden sich bessert und zu gleicher Zeit die fühlbare Resistenz sich merklich verkleinert. Gehen alle die Erscheinungen im Verlaufe der ersten 3—4 Tage zurück, so wird man einen operativen Eingriff während des Anfalles nicht für nöthig zu erachten brauchen. Aber die Grundbedingung ist die, dass alle diese Symptome in gleichem Schritte sich bessern, z. B. darf das Verhalten des Fiebers nicht allein als Richtschnur dienen, da das Nachlassen desselben das Fortbestehen und sogar das weitere Fortschreiten der Eiterung nicht ausschliesst. Entwickelt sich ein remittirendes Fieber, so ist dasselbe für die weitere Ausbreitung der Eiterung

natürlich von grosser Wichtigkeit. Geht die Temperatur herunter, bleibt aber der Puls hoch und bleibt dieser Gegensatz zwischen Puls und Temperatur in den nächsten Tagen bestehen, so ist das ein sicheres Zeichen dafür, dass der entzündliche Process nicht zum Stillstand gekommen ist, dass im Gegentheil noch schwere Nachschübe zu erwarten stehen. Ebenso ist es als ein schlechtes Anzeichen anzusehen, wenn die Störungen des Allgemeinbefindens, die Appetitlosigkeit, die Apathie des Patienten trotz des Nachlassens der anderen Symptome bestehen bleiben. Dabei können die subjectiven Beschwerden des Patienten geringfügig sein, aber er macht, wie man es nennt, „einen schlechten Eindruck".

Würde man in solchen Fällen abwarten, so würde sich das Fieber allmälig wieder einstellen und mit ihm sich auch locale Complicationen zeigen. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 59, H. 3.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Beitrag zur gynäkologischen Untersuchung und Massage in Beckenhochlagerung. Von Dr. Oskar Beuttner.

Die Beckenhochlagerung behufs gynäkologischer Untersuchung ist indicirt: 1. bei straffen Bauchdecken, 2. bei sensiblen Bauchdecken, 3. wenn die Patientin die Bauchdecken nicht genügend zu erschlaffen im Stande ist, 4. bei starkem Fettpolster, 5. bei Ascites, 6. um über Stielverhältnisse eines Abdominaltumors ins Klare zu kommen, 7. bei intraligamentären Cysten, 8. wenn der touchirende Finger durch die Gegenwart von Flüssigkeit im Douglas'schen Raum oder von Darmschlingen in demselben im Vordringen gehindert ist.

Die Contraindicationen beziehen sich: 1. auf vorgeschrittene Herzkrankheiten, 2. auf pleuritische Ergüsse, 3. auf starken Ascites.

Für die gynäkologische Massage bietet die Beckenhochlagerung folgende Vortheile:

1. Erschlafft die schräge Bauchmusculatur vorzüglich, weniger die Musculi recti.

2. Die Därme sinken nach oben gegen das Zwerchfell, so dass man auch durch fettreiche Bauchdecken sehr gut massiren kann.

3. Die Frauen fühlen sich nach der Massage weniger ermüdet, da nicht erst die vorliegenden Därme massirt und gereizt wurden.

4. Auch der Uterus sinkt mit den mehr oder weniger fixirten Adnexen nach oben, daher diese Organe der äusseren massirenden Hand besser zugänglich sind.

5. Der Masseur ermüdet in der aufrechten, etwas nach vorn übergeneigten Stellung viel weniger leicht, wie etwa in der Brandt'schen Haltung. — (Wien. med. Presse. Nr. 30, 1899.) H.

Ueber die Diagnose und Behandlung der abnormen Haltung der Extremitäten bei Gesichtslage. Von Dr. Otto Th. Lindenthal.

Auf Grund der in der Literatur verzeichneten, sowie vier, auf Schauta's Klinik beobachteter Fälle bespricht Vf. die fehlerhafte Haltung der oberen Extremitäten, wobei diese dem Rücken der Frucht anlagern. Diese mitunter schwere Geburtscomplication war bisher stets mit Gesichtslage, in einzelnen Fällen mit abnormer Fruchtentwicklung, sowie mit verengtem Becken verbunden.

Die Diagnose zur rechten Zeit, d. i. vor oder unmittelbar nach dem Blasensprung zu stellen, ist sehr wichtig. Man müsste mit der ganzen Hand hoch eingehen, um eine directe Diagnose zu machen; da dies so früh nicht möglich ist, muss die äussere Untersuchung zusammen mit dem Touchirbefund Auskunft geben.

„Wenn die Diagnose der Gesichtslage durch den Nachweis der abnormen Einstellung des Kopfes, ferner durch das Vorhandensein der grösseren Resistenz, der kleinen Theile und der kindlichen Herztöne, auf derselben Seite sichergestellt ist und wenn auch die innere Untersuchung die Deflexionslage bestätigt, wenn schliesslich unter solchen Umständen kleine Theile überdies auch auf der Seite der geringeren Resistenz zu tasten sind, dann kann es keinem Zweifel mehr unterliegen, dass die in Frage stehende abnorme Haltung der Arme bei Gesichtslage besteht."

Therapeutisch müsste der manuellen Correctur der Gesichtslage das Zurückversetzen der in den Rücken geschlagenen Arme vorausgehen. Da dieses Verstreichen der Arme nach der Brustseite mühselig, schwierig und nicht ganz ungefährlich wäre, erscheint die Ausführung der Wendung als einfacherer und schonenderer Eingriff.

Sind die räumlichen Verhältnisse zwischen Becken und Kindeskopf normal, so ist es das Zweckmässigste, abzuwarten und die Geburt den Naturkräften zu überlassen; diese werden mit dem Hinderniss schon fertig, wenn auch die Geburt eine Verzögerung erleidet.

Sollte sich aber nach dem Blasensprung der Kopf ungünstig einstellen oder handelt es sich um ein plattes Becken, so besteht die richtige Therapie in der Wendung. Bei allgemein verengtem Becken wartet man den Verlauf ab, stellt sich aber die Nothwendigkeit ein, die Geburt künstlich zu beendigen, so wäre eventuell die Kraniotomie auszuführen. — (Centralbl. f. Gynäk. Nr. 25, 1899.) H.

Ueber die Behandlung der Entzündungen des Uterus und seiner Adnexe durch intrauterine Injectionen. Von Dr. G. J. Lebedeff.

Auf der Tomsker gynäkologischen Klinik wurden nach dem Vorschlage von Grammatikati intrauterine Injectionen systematisch gegen Endometritis angewendet und durchaus gute Resultate erzielt.

Die Injectionsflüssigkeit bestand aus: Rp. Tinct. Jodi, Spirit. vini rectificatiss. (97%) āā 25·0, Alumnol 2·5. Die Injectionen wurden ohne besondere Vorbereitungen bei Steisrückenlage der Kranken vorgenommen. Natürlich werden die äusseren Genitalien und Instrumente zuvor sorgfältig desinficirt. Die Portio wird mit einer Kugelzange gefasst, der Cervialcanal mit Hegar'schen Stiften bis Nr. 6—7 erweitert, jedoch nur, wo dies nöthig erscheint.

Die Injection geschah in der bekannten Weise mit der Braun'schen Intrauterinspritze. In den ersten Tagen begnügte man sich mit einigen Tropfen, später wurde allmälig bis zur vollen Dosis von 2 cm^3 geschritten. Nach der Einspritzung ist sofort ein Morphium- (0·01) oder Belladonna- (0·015) Suppositorium in das Rectum einzuführen; wenn erforderlich, auch noch der Eisbeutel zu appliciren.

Nach der Injection sollen die Kranken ½—1 Stunde lang liegen. Die Einspritzungen werden täglich gemacht, und je nach dem Falle bis zu 30 gegangen. Es kamen keine besonderen unangenehmen Complicationen vor; gewöhnlich stellte sich bald Besserung des Befindens ein.

Es wurden 37 Kranke, 10 stationär, 27 ambulatorisch, in dieser Weise behandelt. Hievon 25 geheilt, 10 gebessert. Am besten war der Erfolg in frischen Fällen bei gesunden Tuben und Ovarien. Nur die schon bindegewebig organisirten Exsudate wurden nicht aufgesaugt. Hier waren auch schon immer dauernde Veränderungen in den Adnexen nachweisbar. Das früher eitrige Secret wurde schleimig und verschwand zuletzt.

Häufig folgt der Behandlung Amenorrhöe durch 1—2 Monate, selten 3 Monate lang (in drei Fällen).

Darin liegt nur ein Vortheil in Anbetracht der meist vorausgegangenen Menorrhagien. Die Zugabe von Alumnol ist für die Injectionsflüssigkeit nicht unbedingt nothwendig, es genügt auch Tinct. Jodi, Spirit. vini rect. (90%) zu gleichen Theilen, wie aus den weiteren Versuchen des Vf.s hervorgeht. — (Centralbl. f. Gynäk. Nr. 28, 1899.) H.

Aetiologie und Behandlung der Nachwehen. Von Dr. S. Marx.

Bei Erstgebärenden sollen nie Nachwehen vorkommen, wenn aber ja, so deutet dies auf eine pathologische Störung hin. Bei Mehrgebärenden sind Nachwehen dann pathologisch, wenn sie mit Störungen des Allgemeinbefindens, Erhöhung der Pulsfrequenz und Temperatur, insbesondere wenn sie gegen das Ende des Puerperiums auftreten.

Schmerzhafte Nachwehen können infolge einer Idiosynkrasie durch Secale und Ergotin erzeugt worden sein. Meist handelt es sich um locale Störungen: entzündliche Vorgänge, Störungen der Blasen- und Darmfunction, frisch entstandene Lageanomalie des Uterus, zumal Retroversion, das Säugen bei excoriirten Brustwarzen, vor Allem aber Retention von Theilen der Nachgeburt, Placentaresten oder Eihautfetzen.

Prophylaktisch ist daher die völlige Entleerung des Uterus, dann aber dauernde feste Contraction des Uterus durch eine volle Ergotindosis anzustreben.

Vf. macht den Vorschlag, die Nabelschnur dreimal zu unterbinden; zweimal in der gewöhnlichen Weise, dann aber noch knapp an der Vulva. Aus dem Verbleiben dieser letzteren Unterbindung oder aus dem weiteren Vortreten der Nabelschnur ersieht man, ob die Placenta tiefer herabtritt oder angewachsen ist. Die Eihäute sollen bei der Extraction nicht aufgedreht werden, da dies ein Abreissen begünstigt; auch soll der Zug bei fester Contraction des Uterus, besonders des Collums unterbrochen und erst nach Erschlaffung des Organs fortgesetzt werden.

Therapeutisch ist die veranlassende Ursache zu beachten und zu beseitigen. Zunächst wird das Ergotin ausgesetzt, Blase und Darm entleert, der Uterus in die richtige Lage gebracht, eine Fissur an der Brustwarze rationell behandelt. Sollte eine Retention im Uterus zu constatiren sein, ist die Tamponade auszuführen, eventuell zu wiederholen, bis alle Reste abgegangen sind.

Ausserdem können Senfpflaster, ein Priessnitz-Umschlag, Eisbeutel auf die Kreuzgegend, Morphium, Codeïn, namentlich Chloralhydrat angezeigt sein. Als weitere wirksame Mittel sind zu empfehlen: $^1/_4$ Gran Extr. Cannabis ind. in Verbindung mit kleinen Strychnindosen alle zwei Stunden, insbesondere aber das Fluidextract von Gelsemium. — (New-Yorker med. Monatsschr. Nr. 6, 1899.) H.

Behandlung der extrauterinen Schwangerschaften. Von Prof. P. Segond.

In einer ausführlichen Monographie kamen alle eventuellen Behandlungsmethoden zur Erörterung. Zunächst wird die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose der Extrauterinschwangerschaft betont. Sowie die Diagnose festgestellt ist, soll stets operirt werden, trotzdem in frühen Stadien auch Spontanheilungen beobachtet wurden.

Die Methoden der Operation richten sich darnach, ob die Schwangerschaft den fünften Monat bereits überschritten hat oder nicht. Im letzteren Falle ist die Laparotomie angezeigt, sofern keine Complicationen dieselbe verbieten.

Beim Sitz der Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn kann die supravaginale Amputation des Uterus, resp. dessen Totalexstirpation nothwendig sein; ebenso bei interstitieller Tubarschwangerschaft. Sind gleichzeitig die Adnexe der anderen Seite miterkrankt oder bestehen nebenbei noch Neoplasmen des Uterus, dann macht man in den ersten 3—4 Monaten am besten die vaginale Totalexstirpation, in späteren Stadien die Laparotomie.

Bei Hämatosalpinx mit oder ohne Bluterguss in die Peritonealhöhle, ist stets die Laparotomie vortheilhafter; nur bei gleichzeitiger Erkrankung der Adnexe der anderen Seite oder des Uterus wäre während der vier ersten Monate die vaginale Totalexstirpation angezeigt.

Reine Hämatocele wird am besten von der Scheide aus eröffnet, doch bei Vermeidung jeden Druckes von den Bauchdecken her zur rascheren Entleerung. Nur wenn dieser Weg nicht zum Ziele führt, macht man den Bauchschnitt.

Ist es zur Eiterung oder Sepsis gekommen, so ist in früher Zeit die vaginale Totalexstirpation, bei technischer Unausführbarkeit derselben die Laparotomie auszuführen. Besteht die Gravidität länger als fünf Monate, so ist immer die Lapa-

rotomie vorzuziehen. Fehlt nur kurze Zeit bis zur Reife der Frucht, besteht kein bedrohliches Symptom seitens der Mutter, so kann man zur Rettung des Kindes noch eine Zeit zuwarten unter fortwährender sorgfältiger Ueberwachung des Zustandes.

Hat man das Kind extrahirt, so lässt man die Placenta zurück, wenn ihre Entfernung nicht leicht möglich ist; wenn aber schon theilweise Lösung durch Blutung erfolgt ist oder wenn nach der Ruptur kein Fruchtsack mehr besteht, das Kind in die freie Bauchhöhle gelangt ist und infolge der Ruptur starke Blutung auftritt, so darf die Placenta nicht zurückbleiben.

Ist die Frucht frisch abgestorben, so warte man die Verödung des Placentarkreislaufes innerhalb der nächsten 5 bis 6 Wochen ab und operire vor der nächsten Menstruation. Wenn aber das Kind schon seit längerer Zeit abgestorben ist, so wähle man statt des vaginalen den abdominalen Weg, da dann die Mitentfernung der Placenta erwünscht ist. Man entfernt soviel wie möglich vom Fruchtsack, aus den Resten wird ein Sack gebildet, den man gegen die Scheide hin drainirt.

Liegt die schon lange Zeit abgestorbene Frucht frei in der Bauchhöhle, so sind alle Eitheile so vollständig, wie möglich zu entfernen. Sorgfältige Toilette des Bauchfells und Schluss der Laparotomiewunde ohne Drainage.

Bei ganz alten Extrauterinschwangerschaften kann eine Vereiterung eintreten, nachdem die Geschwulst lange symptomlos bestand, daher auch hier die Exstirpation nach Laparotomie vorzunehmen ist. — (Paris, Maretheux. 1898.) H.

Urologie.

Die Entwicklung der Nierenchirurgie in den letzten Jahren.

Von Dr. W. Wendel.

Bei Betrachtung des Entwicklungsganges der Nierenchirurgie muss man mit Freude constatiren, dass die Tendenz vorliegt, das Vorgehen immer conservativer zu gestalten. So scheute man sich vor und selbst nach dem Bekanntwerden der Hahn'schen „Nephroraphie“ nicht, eine mobilisirte, aber im Uebrigen völlig normale Niere fortzunehmen. Heute kann davon keine Rede mehr sein, vielmehr sind die Grenzen der Nephrektomie immer enger gezogen worden.

Von vornherein sind natürlich alle doppelseitigen Processe

ausgeschlossen, welche zu ihrer Sanirung die Exstirpation der Nieren verlangen würden. Demgemäss gehören die doppelseitigen acuten Entzündungen und Degenerationen ausschliesslich der inneren Medicin an. Wichtig ist die Behandlung der Nierensteinkrankheit. Hier wird aber wohl bei allen grösseren Concrementen, bei Verschluss des Ureters durch Concremente, zumal bei gleichzeitiger (Reflex-) Anurie der anderen Niere und in allen Fällen, wo die interne Hilfe versagte, der Chirurg als zuständig anerkannt werden.

Als eine Errungenschaft der conservativen Bestrebungen ist in neuer Zeit die Ureterenchirurgie anzusehen, welche nach den bisherigen Erfolgen zu den schönsten Hoffnungen berechtigt. Die Nothwendigkeit eine Niere zu entfernen, deren Harnleiter durch Trauma oder pathologische Vorgänge lädirt erscheint, wird gewiss immer seltener werden. Die mit gutem Erfolge ausführbaren Incisionen, Resectionen, Verlagerungen der Uterenmündungen am renalen wie auch vesicalen Ende, werden die tieferen Eingriffe ersetzen können.

Immer häufiger findet man in der Literatur nur partielle Resectionen der Niere verzeichnet. Dieselben werden ausgeführt bei gutartigen Neoplasmen, bei localisirter Nierentuberculose, bei Verletzungen des Organs. Der Eingriff geht unter Compression des Nierenstieles vor sich, die Blutstillung gelingt durch Tamponade, Umstechung, Kauterisation, am besten, wenn möglich durch Naht.

Ein ganz modernes Mittel der Blutstillung, welches auch arterielle Blutungen bei Leber- und Nierenoperationen absolut sicher stillen soll, ist die Wirkung heisser Luft mittels des Heissluftapparates Holländer's. Man wird womöglich ein keilförmiges Stück aus der Niere reseciren, da dann eine genaue Naht möglich ist. Es sind auch mit gutem Erfolge quere Resectionen einer halben Niere ausgeführt worden, z. B. bei isolirter, auf einen Pol beschränkter Tuberculose.

Für die Stellung der Diagnose ist, abgesehen von den physikalischen, chemischen, bacteriologischen Untersuchungen besonders wichtig die Cystoskopie, welche bisweilen durch directe Beobachtung der Ureterenmündungen entscheidende Aufschlüsse gibt, zur Differentialdiagnose gegen Erkrankungen der Blase nie unterlassen werden sollte. Ein gleich wichtiges diagnostisches Hilfsmittel stellt der Ureterenkatheterismus dar. Als

neuester diagnostischer Behelf tritt die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen auf. Die Praxis hat gelehrt, dass nicht alle Steine hinreichend undurchlässig für X-Strahlen sind, um sich auf der photographischen Platte zur Darstellung bringen zu lassen. Es handelt sich hiebei um Phosphat-Urat-Oxalatsteine. Am schärfsten sind die Oxalatsteine auf der Platte sichtbar, etwa so deutlich wie ein im Körper steckendes Projectil. Ganz unsichtbar sind die Phosphate.

Wenn alle unblutigen Methoden im Stiche lassen, aber auch nur dann wird man sich gezwungen sehen, die Nieren probatorisch freizulegen. Geschieht dies von einem Lumbalschnitt aus, so ist mit diesem explorativen Eingriff keinerlei Gefahr verbunden und er ist in der That in sehr zahlreichen Fällen glücklich ausgeführt worden. Die probatorische Freilegung hat allerdings den Uebelstand, dass man bisweilen an die falsche Niere geräth und dass man auch noch die andere blosslegen muss.

Der Vorschlag, die Bauchhöhle probeweise zu eröffnen, um beide Nieren gleichzeitig zugänglich zu machen, ist zu verwerfen. Was den Weg betrifft, auf welchem die zu exstirpirende Niere zu entfernen ist, so tritt Vf. für den Lumbalschnitt gegenüber der Laparotomie ein. Die bei Erkrankungen der Nieren in Betracht kommenden Operationen sind folgende: 1. Der bis auf die Niere geführte Schnitt entweder zur probatorischen Freilegung der Niere oder zur Eröffnung paranephritischer Abscesse. An ihn wird bisweilen zu diagnostischen Zwecken die Punction der Niere angeschlossen. 2. Die Nephrotomie, meist soll sie einem pathologischen Inhalt Abfluss gewähren. 3. Die Pyelo-, bezw. Nephrolithotomie dient zur Entfernung von Nierensteinen. Die Nephrolithotomie im engen Sinne, das Vordringen zu dem Steine durch das Nierenparenchym hindurch, ist im Jahre 1830 von Morras angegeben, immer mehr geübt worden. 4. Partielle oder totale Exstirpation der Niere, Resectionen, bezw. Nephrektomien werden am besten von einem lumbalen Schnitt aus vorgenommen. Die Nephrektomie kann eine primäre und secundäre sein. Die primäre Nephrektomie, d. h. die Entfernung der Niere in einer Sitzung ist indicirt bei malignen Tumoren, bei eiteriger Zerstörung des Organes durch Tuberculose und Pyonephrose, bei schweren Nierenverletzungen mit unstillbarer Blutung. Die secundäre Nephrektomie kommt in Frage, wenn eine vorhergegangene conservative Operation nicht zum Ziele geführt hat.

Besondere Bedeutung hat sie für die Sackniere. 5. Die Nephropexie, die Befestigung der mobilisirten Niere. Die in Frage kommenden chirurgischen Nierenerkrankungen sind: die Nierenvereiterung, feste Nierengeschwülste, cystische Geschwülste der Niere, Sackniere, Cystonephrose. Eiterige Entzündung der Niere und ihrer Umgebung. (Pyelitis, Pyonephritis, Paranephritis.) Die Nierentuberculose, Nephrolithiasis und Wanderniere. — (Therap. Monatsh. Juni-Juli, 1899.) N.

Ueber die Lufteintreibung in die Blase beim Bottini'schen Eingriff. Von Dr. Brausfort Lewis.

L. empfahl vor Kurzem zur Füllung der Blase bei der galvanokaustischen Prostataincision die Luft, in der Erwägung, dass Borlösung durch die Erhitzung des Messers in dessen Umgebung zu einer Verbrühung der Blasenwand Anlass geben könne und daher auch sehr schmerzhaft sei. W. Meyer warnte in einer Arbeit über seine Erfahrungen mit der Bottini'schen Operation vor der Lufteinfüllung der Blase auf Grund der Experimente von Lewin und Goldschmidt, durch welche eine Luftembolie der Art. pulmonalis bei Luftanfüllung der Blase und klaffendem Ureter als möglich erwiesen wurde.

Trotzdem kann nun nach Aeusserungen des Vfs. die Gefahr hiebei nicht so drohend sein, denn Kelly wendet das Verfahren täglich bei seinen cystoskopischen Untersuchungen an, ebenso die Chirurgen auf Vorschlag Bristowe's bei der Epicystotomie. Vf. hat an einem Hunde weiter die Experimente von Lewin und Goldschmidt nachgeprüft, hat aber trotz der günstigen Bedingungen, die er künstlich schuf, eine Luftembolie nicht nachweisen können. Ferner hat er eine Rundfrage bei verschiedenen namhaften Chirurgen angestellt, von denen fünf die Lufteinblasung der Blase bei Operationen anwenden.

Weder die Letzteren, noch drei weitere Chirurgen haben eine schädliche oder unheilvolle Wirkung derselben je gesehen, noch von einer solchen gehört. Infolge aller dieser Thatsachen hält Vf. alle Einwände gegen die Luftfüllung der Blase für erledigt und hinfällig. — (Med. Record. März 1899.) N.

Ueber die Bottini'sche Operation. Von Dr. Viertel.

Vf. hat unter seinen bisher ausgeführten 23 Prostataincisionen nach Bottini einmal unmittelbar vor derselben die Blase durch die Sectio suprapubica zur Entfernung eines Tumors er-

öffnet. Er konnte daher unmittelbar nach der Bottini'schen Operation den gebildeten Hohlweg mittels Palpation controliren und vernähte darauf die Blase und Bauchwunde. Als nach neun Tagen der Dauerkatheter entfernt wurde, entleerte sich ein wenig Urin durch die Bauchwunde, was durch die Lösung einer Naht verursacht war, wie sich später herausstellte. Diese wanderte in die Blase, wo sie Anlass zu einem Stalaktiten gab, der später spontan durch die Harnröhre abging. — (Schles. Ges. f. vaterl. Cultur. 10. März 1899.) N.

Ein Reagenzpapier zur Bestimmung von Jodsalzen im Speichel und Urin. Von Dr. Bourget.

Das Reagenzpapier wird hergestellt, indem man Filtrirpapier in eine 5%ige Lösung von gekochter Stärke taucht, trocknet und dann eine 5%ige Lösung von Ammoniumpersulfat darauf bringt und trocknen lässt. Zweckmässig wird das Papier mit Bleistift in Quadrate getheilt, in deren Mitte je einige Tropfen des Persulfates aufgeträufelt werden. Um das Jod in dem Organismus nachzuweisen, braucht man nur etwas Speichel oder Harn auf ein solches Quadrat zu tupfen, wobei sofort ein blauer Fleck (Jodstärke) entsteht. Man kann so z. B. nach Einführung von mit Jodoform beschickten Glutoidkapseln nach Sahli ohne weitere ärztliche Controle Curven über die Jodausscheidung (bezw. die Motilität des Magens) erhalten, wenn man den Patienten anweist, stündlich oder zweistündlich auf eines der genannten Quadrate auf dem Reagenzpapier zu spucken. Die Haltbarkeit des Reagenzpapieres ist aber noch nicht genügend erprobt und es müsste daher bei älterem Papier seine Brauchbarkeit vor jedem Versuche mit einer Jodlösung festgestellt werden. — (Therap. Monatsh. 1898, Nr. 8.) N.

Ueber den Werth des Ureterenkatheterismus in der Gynäkologie. Von Prof. Th. Landau.

Geprüft worden sind an der L.'schen Klinik die Methoden von Simon, Pawlik, Kelly, Casper; die letztere hat sich am besten bewährt und wird jetzt ausschliesslich geübt. Sieben Indicationen stellt L. für den Ureterenkatheterismus auf und gibt Beispiele für dieselben aus seiner Praxis.

1. Intermittirende Hydronephrose, bedingt durch Narbenzug nach einer Operation und folgende Distorsion des Ureters.

2. Heilung von Ureter-Vaginalfisteln durch Einlegen eines

Verweilkatheters in den Ureter von der Blase aus; bei bestehender Pyelitis Ausspülung des Nierenbeckens. (Casper.)

3. Heilung von Wunden und Rissen des Ureters nach Vaginaloperation des Uterus. Auf diese Weise wird eine Verletzung des Ureters vermieden.

5. Desgleichen bei Hystero-Myomektomie.

6. Katheterismus des Ureters von der Vagina aus bei Heilung von Ureter-Vaginalfisteln auf abdominalem Wege. So wird der Ureter leichter gefunden werden. Nach Implantation des Ureters in die Blase Einlegung eines Dauerkatheters auf 48 Stunden.

7. Ist bei einer abdominalen Hysterektomie oder Myomektomie ein Ureter verletzt, so ist der Katheterismus desselben das beste und schnellste Mittel zur Erkennung des Traumas und somit zur Heilung. Oft kann man durch Lösung von Ligaturen den eingeschnürten Ureter befreien.

Schlechte Erfahrungen sind an der L.'schen Klinik mit der Methode nicht gemacht. „Selbst wenn, und das ist höchst unwahrscheinlich, Urologen und Chirurgen den Ureterenkatheterismus aufgeben würden, so hat er sich doch in der Gynäkologie eine dauernde wohlverdiente Stellung erworben. Der Ureterenkatheterismus ist für die Gynäkologie eine diagnostische Methode par excellence und in vielen Fällen ein mächtiger Hilfsfactor. — (Medical Record. 8. April 1899.) N.

Zur Diagnose der Nephrolithiasis durch Röntgenbilder. Von Dr. Ringel.

Das Resultat seiner in der chirurgischen Abtheilung des Neuen allgemeinen Krankenhauses in Hamburg—Eppendorf ausgeführten Untersuchungen fasst Vf. in drei Schlusssätze zusammen, welche mit denen der anderen Autoren übereinstimmen. Dieselben sind:

1. Durch das Röntgenverfahren lassen sich in der Niere mit Sicherheit nur die seltenen Oxalatsteine nachweisen.

2. Der Nachweis von anderen Nierensteinarten, die für Röntgenstrahlen durchlässiger sind, gelingt nur unter besonders günstigen Umständen, sei es, dass es sich um einen sehr dicken Stein handelt, oder dass die Durchleuchtungsverhältnisse des Patienten sehr günstige sind.

3. Das Röntgenverfahren ist in jedem Falle von Nephrolithiasis als diagnostisches Hilfsmittel anzuwenden. Beweisend ist

jedoch nur ein positives Resultat, während aus dem Fehlen eines Nierensteinschattens auf dem Bilde nie auf Abwesenheit von Nierensteinen geschlossen werden darf. — (Archiv f. klin. Chirurg., Bd. 59, H. 1.) N.

Dermatologie und Syphilis.

Bemerkungen zu der die Einreibungscur ersetzenden Quecksilbersäckchen-Behandlung Welander's. Von Dr. Schuster.

Nach Welander ist die Haut für Quecksilber undurchgängig und Alles auf die Haut gebrachte Hg wird erst durch die Lunge eingeathmet, indem das Hg bei entsprechender Temperatur verdunstet. Auf diesem Princip beruht die Sackbehandlung Welander's: Ein mit Hg-Salbe bestrichener Sack wird Tag und Nacht getragen. Einen so vorher behandelten, aus dem Norden stammenden Patienten hatte Sch. in Aachen zu behandeln und überzeugte sich durch Harnanalyse, dass kein Hg im Harne war, dass die Permanenz der syphilitischen Nervenzustände (Kopfschmerz, Ermüdung, Arbeitsunfähigkeit) mit diesem Mangel unaufgenommenem Hg zusammenhängen muss. Eine regelrechte Inunctionscur brachte Heilung. Nun wurde experimenti causa ein Mann der Welander'schen Sackcur unterzogen und nach einer Reihe von Tagen war Hg, wenn auch in sehr geringen Mengen, im Harne nachzuweisen. Endlich machte Sch., der an Bronchialkatarrh litt, an sich selbst, da er bettlägerig war, den Versuch mit dem Welander'schen Sack. Diesmal war wieder Hg im Harne in geringen Mengen nachzuweisen. Während diese zwei positiven Versuche für die theoretische Richtigkeit der Welander-schen Lehre im Allgemeinen sprechen, so zeigen sie deutlich, dass die Quecksilberausscheidung bei der Welander'schen Cur doch nur eine geringe ist, daher die Aufnahme auch keine so reiche wie bei der Inunctionscur sein dürfte. Bedenkt man ferner, dass selbst bei der Inunctionscur die Aufnahme des Hg dann, wenn die Haut trocken, sehr fettreich, stark behaart ist, keine so reichliche ist, wie in den gewöhnlichen Fällen, und nach Welander müsste ja auch in diesen Ausnahmsfällen dieselbe Lungenaufnahme stattfinden, so folgt, dass die Schmiercur doch nicht eine ausschliessliche Inhalationscur ist. Hieraus folgt, dass bis nun die Welander'sche Methode die Einreibungscur nicht verdrängen kann, sie müsste denn in höherem Masse die Aufnahme von Hg ermög-

lichen und daher noch wesentlich verbessert werden. — (Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 48.) Horovitz.

Die therapeutische Verwendung der Jodeiweissverbindungen (Eigon). Von Dr. W. Fischer und A. Beddies.

Diese Jodeiweissverbindung ist in Wasser unlöslich, doch ist das Natriumsalz, als auch die peptonisirte Modification (β-Eigon) in Wasser löslich. Nach den Ergebnissen der bacteriologischen Versuche scheinen diesem Körper hervorragende bactericide Eigenschaften inne zu wohnen; denn reines Eigon (α-Eigon) brachte verschiedene Bacterienculturen schon nach einer Stunde zum Absterben. (Es wurde mit Culturen von Milzbrand, Cholera, Diphtherie, Typhus und Staphylococcus pyogenes aureus experimentirt.) Diesem Körper scheinen dem Jodoform ähnliche Kräfte eigen zu sein; auch spielt sich der chemische Vorgang in den Geweben in ähnlicher Weise ab, wie dies bei Jodoform geschieht; doch ist er frei von dem bekannten Geruche und jeder Intoxicationsfähigkeit. Das Pulver wird von der Wunde aus emulgirt, rasch zersetzt und gelangt daher schnell zu einer intensiven Wirkung. In concentrirter Form angewandt, bewirkt es Reizzustände; durch Zusatz mit indifferenten Stoffen (Talcum) kann seine Concentration nach Belieben herabgesetzt und seine Reizwirkung ganz behoben werden. 3—10% Eigon ruft solche Reizungen nicht hervor; auch desodorisirend soll es wirken. Zur internen Anwendung gelangten die eingangs erwähnten löslichen Modificationen. So bewährte sich dieser Stoff, 3—10 g pro die, gegen maligne Syphilis und gegen die stark wuchernden secundär-syphilitischen Producte. — (Allg. Centr.-Ztg. Nr. 85, 1898.) Horovitz.

Ueber Erysipelbehandlung mit Metakresolanytol. Von Dr. W. Koelzer.

Bei künstlich an Thieren hervorgerufenen Erysipelen wurde die eminente Wirksamkeit des Mittels erprobt; u. zw. wurden die kranken Stellen, als auch deren nächste Umgebung gepinselt. Zunächst tritt ein Temperaturabfall ein, dann schwinden die specifischen Bacterien. An 5 Menschen wurde das Mittel ebenfalls in Form von Pinselungen mit recht gutem Erfolg angewendet. Die Pinselungen dauerten anfangs 20—30 Minuten, dann 10—20 Minuten zweistündlich, u. zw. 2—3 Tage hindurch. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43, 1898.) Horovitz.

Ueber die chronischen Hautveränderungen beim Arsenicismus und Betrachtungen über die Massenerkrankungen in Reichenstein in Schlesien. Von Dr. L. Geyer.

In dem durch seine Arsenproduction bekannten Reichenstein geschieht die Arsenaufnahme durch den Genuss des Trinkwassers. Die Arsenveränderung der Haut beginnt zunächst als eine Pigmentirung der Supraclaviculargegenden und der seitlichen Halsregionen; erst später kommen die Veränderungen an Händen und Füssen zu Stande. Die kurze Lebensdauer der Einwohner wird mit der chronischen Vergiftung in Zusammenhang gebracht; ebensoviele andere Erkrankungsformen wie Rhachitis, Asthma und eine gewisse Hinfälligkeit des Körpers. Arsenwarzen, die zu Carcinomen sich umbilden, wurden ebenfalls beobachtet. — (Arch. f. Dermat. u. Syph., Bd. 48.) Horovitz.

Formalin und Paraformcollodium. Von Dr. P. G. Unna.

Das 5%ige Paraformcollodium besitzt die Eigenschaft trockene Schorfe zu bilden und lässt sich seine Wirksamkeit sehr gut begrenzen; daher eignet es sich besonders für die Entfernung warziger Gebilde, Condylom. acumin. und Naevi. Als Palliativmittel gegen Hyperidrosis eignet sich sehr gut eine überfettete Formalinseife. Auch zur Denaturirung von Alkohol lässt sich das Formalin sehr gut benützen. — (Monatsh. f. prakt. Dermat., Bd. 26, Nr. 4.) Horovitz.

Ein Fall von Verbrennung dritten Grades, behandelt mit Pepsinum purum. Von Dr. O. M. Watermann.

Ein sehr anämischer Tabiker zog sich eine Verbrennung dritten Grades des linken Unterarmes zu und zeigte die mit einem schmutziggelben Belage versehene Brandwunde keine Neigung zur Reinigung und Granulationsbildung. Es wurde nun die Wunde mit Pepsinum purum bestreut und mit Gaze verbunden. Schon nach zwei Tagen reinigte sich die erkrankte Fläche, es schossen Granulationen empor und der Ueberhäutungssaum vom Rande her nahm rasch zu. Nach Verlauf von acht Tagen war die umfangreiche Wunde geheilt. — (Therap. Monatsh. Nr. 1, 1899.) Horovitz.

Ueber den Erfolg der Abortivbehandlung des venerischen Bubo nach Wälsch. Von Dr. E. Liebitzky.

Der Vorgang der Behandlung ist folgender: Bei nicht vereitertem Bubo wird eine sterile physiologische Kochsalzlösung

mittels Pravaz'scher Spritze eingespritzt, u. zw. 1—2 cm^3; ist die Drüse vereitert, so wird der Eiter aspirirt und dann erst die Injection ausgeführt; bei sehr grossen Drüsenabscessen wird von verschiedenen Stellen her die Injection, nach vorausgegangener Aspiration des Eiters, ausgeführt und können bis 6 cm^3 Flüssigkeit eingespritzt werden. Es gelingt dadurch oft, die Operation zu umgehen, die Heilungsdauer abzukürzen und die Schmerzen dem Kranken zu ersparen. 13 Fälle wurden so behandelt und 12mal war positiver Erfolg zu verzeichnen. (Prag. med. Wochenschr., Nr. 18, 1899.) Horovitz.

Hygiene und Krankenpflege.

Ueber einige therapeutische Aufgaben und Erfolge der Krankenpflege bei Bauchfell- und Blinddarmentzündungen. Von Dr. Ludwig Herzog.

Kranke mit Blinddarm- und Bauchfellentzündungen gehören in das Bett, u. zw. vom Auftreten der ersten, auch nur verdächtigen Erscheinungen an. Bei der ärztlichen Untersuchung ist ein zu vieles Aufrichten und auf die Seitelegen nach Möglichkeit einzuschränken. Ist ein Lagewechsel zur Diagnosestellung unbedingt nöthig, so muss er vorsichtig und mit Unterstützung des Kranken geschehen. Der Kranke soll sich nicht selbst herumdrehen und aufrichten. Auf das Bett ist bei Kranken mit Bauchfell- und Blinddarmentzündungen ferner deshalb Werth zu legen, weil der Kranke alle täglichen Leibesverrichtungen in möglichster Rückenlage im Bett verrichten soll. Zur Bettunterlage dient eine feste (Rosshaar-) Matratze oder eine federnde Drahtmatratze mit Gummiunterlage, um letztere zu schützen. Die Bettdecken dürfen nicht zu schwer sein, da jeder Druck die Leibschmerzen steigert. Wollene Decken lassen sich leicht über ein Drahtgestell ausbreiten, ohne dass der Kranke von unten oder seitlich das Gefühl von Kälte oder Zug bekommt. Wenn irgend möglich, sollte auf Beschaffung eines Wechselbettes gesehen werden. Das kühle, frisch gemachte Wechselbett hat oft die Wirkung eines Schlafmittels. Am zweckmässigsten ist die möglichst dauernde Rückenlage mit gar nicht oder nur wenig erhöhtem Oberkörper.

Man verordnet in schweren Fällen eine mehrtägige, völlige Abstinenz oder absolute Diät, bei welcher der Kranke nichts

weiter erhält als Eisstückchen oder schluckweise eisgekühlten Thee. Die Temperatur der Getränke und Speisen soll genau controlirt, die Speisen müssen genügend zerkleinert und vorbereitet werden. Desgleichen ist Sorge zu tragen für ein ordentliches Durchkauen von Seiten des Kranken. Die einzelnen Mahlzeiten haben zu ganz regelmässigen Zeiten und in bestimmter Reihenfolge der erlaubten Nahrungsmittel zu erfolgen. Auf eine gewisse Flüssigkeitszufuhr wird man umso weniger verzichten können, als die Kranken an einem meist sehr quälenden Durstgefühle leiden. Die gewöhnliche Contraindication, dies Gefühl vollauf zu befriedigen, liegt in dem Erbrechen, was unter Umständen selbst nach dem Schlucken von Eisstückchen auftritt. Da durch das Erbrechen der Druck in der Bauchhöhle in gefährlicher Weise gesteigert wird, muss schliesslich jede Flüssigkeitszufuhr per os aufgegeben werden. Durch wiederholtes, sorgfältiges Anfeuchten und Auswaschen des Mundes wird ein Austrocknen der Mundhöhle verhütet.

Wie lange die absolute Bettruhe in möglichst horizontaler Rückenlage eingehalten werden soll, hängt von der Schwere des Einzelfalles ab. Im Allgemeinen kann als Regel hingestellt werden, dass, so lange der Patient lediglich flüssige Nahrung bekommt, auch die absolute Bettruhe durchzuführen ist. Bei Blinddarmentzündung ist es durchaus zweckmässig, den Patienten, wenn objectiv auf Druck keine Schmerzen mehr nachweisbar sind, zur Vorsicht noch einige Tage im Bette zu lassen. Es darf auch nicht die geringste Temperatursteigerung bestehen.

Um der Erschwerung der Urinentleerung bei Bauchfell- und Blinddarmentzündungen zu begegnen, wird man in manchen Fällen schliesslich zum Katheter greifen müssen; man sollte aber nicht zu rasch damit bei der Hand sein. Zunächst darf die Entleerung der Blase nicht aufgeschoben werden. Die Pflegerin hat den Kranken in bestimmten Zeitintervallen, etwa alle zwei Stunden, daran zu erinnern und ihn durch Unterschieben des Stechbeckens direct aufzufordern. Das Stechbecken u. s. w. muss, auch wenn augenblicklich die Urinentleerung vielleicht unmöglich war, stets wieder dem Kranken abgenommen werden. Bei etwa bestehendem Harnträufeln oder unwillkürlichem Abgange von Urin wird ein Urinal zum Auffangen vorgelegt.

Eine wichtige Rolle in der Krankenpflege bei Bauchfell- und Blinddarmentzündungen spielt neben anderen Heilfactoren die An-

wendung des Wassers in seinen verschiedenen Temperaturen und Aggregatzuständen. Vf. bevorzugt die Anwendung der Leibeisblase, resp. von Eisumschlägen auf den Leib. Man darf dabei dem subjectiven Gefühle der Kranken ruhig etwas Rechnung tragen, wenn die Kälte nicht vertragen wird, das Wasser etwas temperiren. Die Eisblase muss möglichst gross sein und breit dem Leibe aufliegen; wenn nöthig, werden zwei Blasen gebraucht. Gummieisblasen sind solchen aus Metall vorzuziehen, weil sie sich der Leibesform des Kranken leicht anschmiegen. Die Leibeisblase darf einschliesslich ihrer Leinwandumhüllung nie so schwer sein, dass sie drückt oder gar Schmerzen verursacht. Am zweckmässigsten hängt sie an einem Drahtbügel, so dass der Leib nur gerade berührt wird. Da die Eisblase meist längere Zeit, oft ununterbrochen Tag und Nacht liegt, ist Vorsicht geboten wegen etwaiger Hauterfrierungen, die sich zuerst als kleine graue bis graublaue Fleckchen markiren. Zu Eisumschlägen muss man greifen, wenn die Eisblase absolut nicht vertragen wird. Ein sehr wichtiger Effect durch die Application localer Kälte ist der schmerzlindernde. Bald Kälte, bald Wärme anzuwenden, ist nicht rathsam, weil dadurch die Peristaltik angeregt und gesteigert wird. Die Anwendung der feuchten Wärme geschieht in Form warmer Umschläge auf den Leib. Die schmerzstillende, beruhigende Wirkung der Opiate wird bisweilen durch warme Leibumschläge auch sonst gefördert. Für heftigere Entzündungen am Blinddarm und Bauchfell, besonders im Anfangsstadium, eignen sich solche Umschläge nicht gut.

Die fortgesetzte Anwendung feuchtwarmer Leibumschläge birgt bei der Blinddarmentzündung eine gewisse Gefahr in sich, insofern als unter dem Einflusse der gleichmässigen Wärme eine drohende Perforation eher zum wirklichen Durchbruche führen könnte. Entschieden gut wirken die feuchtwarmen Leibumschläge dann, wenn der Kranke bei stark durch Gase aufgetriebenem Leibe keine Blähungen los werden kann.

Die consequente Opiumtherapie führt leicht zu einem gewissen Meteorismus. Man kann denselben dadurch etwas mildern, dass man bald die Zufuhr des Opiums per os und per rectum verringert und durch einige subcutane Morphiumeinspritzungen ersetzt. Vf. hat aber auch in Fällen, die nur mit Morphiumeinspritzungen behandelt wurden, ziemlich starken Meteorismus auftreten sehen.

Zu den bedeutsamsten Fragen in der ganzen Behandlung von Bauchfell- und Blinddarmentzündungen gehört die Stuhlregulirung. Die Kranken haben meist von Anfang an den lebhaften Wunsch nach einer ergiebigen Ausleerung, weil sie sich davon Besserung ihrer Beschwerden versprechen. Diesen Wünschen darf man um so weniger zu früh nachgeben, als durch die zu frühe erste Stuhlentleerung unnöthige Druckschwankungen innerhalb der Bauchhöhle und Steigerungen der Peristaltik heraufbeschworen werden. Die drei Grundregeln für die Ausführung der ersten eröffnenden Klysmata nach Ablauf der entzündlichen Erscheinungen lauten: vorsichtig, langsam, nicht zu viel. Die erste Eingiessung nach einer tagelangen, durch Opium bewirkten Stuhlverhaltung, geschieht am sichersten unter Aufsicht des Arztes. Es hat sich bewährt, nur kleine Mengen Wassers zunächst einlaufen zu lassen, um alte und härtere Kothbröckel zu erweichen. Ein halber Irrigator genügt fast immer. Das Wasser muss langsam einfliessen, damit die Procedur sofort abgebrochen werden kann, falls der Patient Schmerzen empfindet. Die ersten Eingiessungen werden am besten in Rückenlage gemacht, ohne dass der Kranke viel dabei bewegt wird. Auf keinen Fall darf sich derselbe das Klysma selbst geben. Zum technischen Apparat wird nur ein Irrigator gebraucht. Alte Klystierspritzen gehören in die Rumpelkammer. Das erste Eröffnungsklystier ist ohne jeden Zusatz zu geben und nur durch einen Wassereinlauf die Entleerung zu befördern. Man soll die ersten Ausleerungen in möglichst horizontaler Lage im Bette, die nur mit Zustimmung des Arztes aufgegeben werden darf, erfolgen lassen. Wer soeben erst das acute Stadium einer Peritonitis oder Perityphlitis durchgemacht hat, darf nicht gleich in derjenigen Position, in welcher der Gesunde zu Stuhl zu gehen pflegt, also mit ganz aufgerichtetem Oberkörper, etwa den Nachtstuhl oder das Closet benutzen, auch darf solch frischer Reconvalescent nicht gleich bei den ersten Entleerungen mitpressen. Die Vernachlässigung dieser Krankenpflegevorschriften ist ebenso gefährlich, wie wenn man sofort nach Aufhören des Opiumgebrauches ein tüchtiges Abführmittel gebrauchen liesse, um möglichst rasch eine tüchtige Entleerung herbeizuführen. Die wichtigste Verordnung für die spätere Zeit ist die Sorge für regelmässigen Stuhlgang. Ohne medicamentöse Abführmittel wird man dabei nicht auskommen. Der Reconvalescent soll mit peinlicher Genauigkeit täglich zu

ganz bestimmter Stunde versuchen zu Stuhle zu gehen und sich dabei Zeit lassen. Später ist durch vernünftige Verwerthung äusserer, mechanischer Reize eine ausreichende Peristaltik zu schaffen. Als direct gefährlich für Reconvalescenten und spätere Nachbehandlung einer Bauchfell- oder Blinddarmentzündung ist die Bauchmassage vollkommen auszuschliessen. Der Patient soll nach dem Essen mässige Körperbewegungen machen, wie überhaupt fleissig spazieren gehen. Jeder Sport ist besser ganz zu untersagen. Stärkere Verflüssigung des Stuhles regt die Darmmusculatur direct an, umsomehr, wenn die eingeführte Flüssigkeit niedere Temperatur hat. Kleine, kühlere Eingiessungen tragen zu diesem Zwecke bei. Sehr zweckmässig für die spätere Nachbehandlung von Blinddarmentzündungen sind kleine Oelklystiere. — (Zeitschr. f. Krankenpfl. Nr. 5, 1889.)

Ueber Fischfleisch. Von Dr. A. Charlier.

Wenn man den Nährwerth des Fischfleisches mit demjenigen des Säugethierfleisches vergleicht, so findet man einen nur geringen Unterschied. Der Gehalt an Wasser variirt zwischen 82 (Kabeljau) und 64% (Salm), an Stickstoff zwischen 21 (Salm und Karpfen) und 12 (Flussaal), an Salzen (Asche) zwischen 3·5 (Stint) und 0·85 (Flussaal). Die feisten Fische (Salm, Häring, Makrele) besitzen 2·8 (Aal) bis 4·3% Fett; magere (Hecht, Kabeljau, Karpfen, Stint) 2·68 (Gründling) bis 0·53 (Hecht). Phosphorsäure ist enthalten im Fleisch des Härings 1·77, des Schellfisches 2·26; schwefelsaure Salze bei der Makrele 1·55, dem Häring 1·77, Schellfisch 2·26.

100 g Fleisch, fein gehackt, in 1 l künstlichem Magensaft 11 Stunden bei 40° behandelt, ergibt folgende Peptonmengen: Rindfleisch, roh, 5·66 g, Weissfisch, gekocht, 4·38 g, Kalbfleisch, gebraten, 3·32 g, Rindfleisch, gekocht, 2·46 g (nach Hönigsberg).

Chittenden und Commius kochten das Fleisch zunächst 30 Minuten in einem Dampfkochapparat und legten es dann für 22 Stunden in künstlichen Magensaft bei 38—40° C. Für die Verdaulichkeit des rohen Rindfleisches 100 als Normalziffer setzend, erhielten sie folgende Resultate:

Rohes Rindfleisch 100·00, Kalbfleisch 94·89, Hammelfleisch 92·15, Lammfleisch 87·93, Huhn 86·72, Salm 92·29, Forelle 87·03, Makrele 86·24, Hecht 82·99, Häring 82·34, Schellfisch 82·50, Barsch 80·99, Aal 71·82, Steinbutte 85·51, Stockfisch 72·39, Hummer (jung, weiblich, männlich) 88, bezw. 79, bezw. 69, Krebs 67·13.

Hiernach ist also im Allgemeinen das Fischfleisch schwerer zu verdauen, als das Fleisch anderer Thiere, einige Fischarten ausgenommen; ferner rohes Fleisch mehr verdaulich, als gekochtes.

Popoff gibt folgende Zusammenstellung (die Verdaulichkeit rohen Rindfleisches = 100 gesetzt):

Rindfleisch, gekocht, 83·4, geräuchert, 71·0, geräuchert und gekocht, 60·6, Aal, roh, 71·1, gekocht, 68·9, geräuchert, 91·3, Scholle, roh, 66·8, gekocht, 60·6, geräuchert, 106·1.

Diese Verdaulichkeitstabellen berücksichtigen indess nicht den Antheil des übrigen Darms. Praktische Ernährungsversuche haben ergeben, dass bei ausschliesslicher Fischnahrung und später folgender Rindfleischnahrung das Körpergewicht gleich blieb. 1500 g Fischfleisch (= 285 g Eiweiss) haben denselben Nährwerth wie 1200 g Rindfleisch (= 241 g Eiweiss). Es ist bekannt, dass Volksstämme, die vorwiegend von Fischfleisch leben, sich einer ausgezeichneten Gesundheit erfreuen.

Die Giftigkeit des Fischfleisches ist nicht begründet durch Fäulniss, wie die Zubereitungsweise in manchen Gegenden lehrt, sondern durch Infectionskrankheiten, denen Fische vielfach ausgesetzt sind (Bac. hydroph. fusc., Bac. prodig., Bac. piscicidus agil.). — (Journ. d'hygiène; Deutsche Med.-Ztg.)

Kleine Mittheilungen.

Die Blutentziehung, als schmerzstillendes Mittel. Von Dr. Schubert. Die Leiden, wo sich die Blutentziehung, besonders der Dye'sche Aderlass, als ausgezeichnetes schmerzstillendes Mittel bewährt hat, sind folgende: Kopfschmerzen, Migräne. Vf. hält den kleinen Aderlass, eventuell wiederholt, geradezu für ein Specificum gegen dieses Leiden. „Im Allgemeinen sind von der Stunde des Aderlasses an so gut wie alle Beschwerden verschwunden, wie mit einem Zauberschlage waren die intensivsten Kopfschmerzen fort“ (Wilhelmi). Ferner Neuralgien, rheumatische und gichtische Leiden. Die schmerzstillende Wirkung des Aderlasses konnte Vf. besonders in einem Falle von einer 22 Jahre bestehenden deformirenden Gelenksentzündung bei einer 29jährigen Dame erproben, er machte zunächst fünf Aderlässe mit dem Erfolg, dass die Schmerzen und andere Beschwerden, wie Congestionen u. s. w. schwanden,

dann auch die noch nicht verknöcherten Gelenke beweglicher wurden, so dass der vorher völlig contracten Patientin selbständiges Aufstehen vom Stuhl und Gehen ohne Krücke möglich wurde. — (Deutsche Med.-Ztg.)

Ueber die Behandlung der Pneumonie mit grossen Dosen Digitalis. Von A. Fraenkel. Während die Digitalis bei Herzkranken ihrer die Herzthätigkeit regulirenden Eigenschaften halber verabreicht wird, erstrebt man bei fieberhaften Affectionen einen ganz anderen Effect. Hier handelt es sich in erster Linie um Herabsetzung der erhöhten Körpertemperatur, eine Indication, der erst die doppelten bis vierfachen Gaben des Mittels gerecht werden. Vf. hat diese Behandlungsmethode während des letzten Jahres bei Pneumonien vielfach in Anwendung gezogen, hat sich aber ausschliesslich auf frische Fälle und Patienten mit guter Herzthätigkeit beschränkt. Die Maximaltagesdosis betrug 4 g; in Summa wurden 14 g Digitalis verabfolgt. In allen Fällen war eine bedeutende Einwirkung auf den Fiebergang unverkennbar; das Sinken der Temperatur begann nach Darreichung der ersten 4—6 g und ging staffelförmig in der Art weiter, dass am dritten Tage bereits die Norm erreicht war. Dabei ermässigte sich die Pulsfrequenz, wenngleich in nicht allzugrossem Umfange, indem sie um 10—20 Schläge zurückging. Niemals kam es zu Irregularität der Herzcontractionen; ebensowenig trat eines der schweren Intoxicationssymptome der Digitalis in die Erscheinung; die einzige, mehrfach beobachtete Nebenwirkung bestand in Uebelkeit und Brechneigung, die aber stets durch Application des Mittels per rectum zu sistiren war. So günstig nun auch der weitere Krankheitsverlauf in den dergestalt behandelten Fällen war, namentlich soweit es sich um das Verhalten des Pulses und der Herzthätigkeit handelte, so konnte doch niemals eine Aenderung des localen Krankheitsprocesses constatirt werden. — (Deutsche med. Wochenschr.)

Die Frage, ob **das Gurgeln ein zweckmässiges Heilverfahren** sei, glaubt Sänger, gestützt auf eine Reihe von Versuchen, verneinen zu dürfen. Lässt man mit einer färbenden Flüssigkeit gurgeln, so sieht man allerdings häufig nach dem Gurgeln die Tonsillen und zum Theil auch die hintere Rachenwand gefärbt; in vielen Fällen ist aber keine Spur von Färbung wahrzunehmen. Die Färbung wird durch minimale Mengen Flüssigkeit hervor-

gerufen, welche an der Rachenwand hinabsickern, während die Hauptmasse des Gurgelwassers durch den Exspirationsluftstrom im Munde in der Schwebe gehalten wird. Betupft man die Tonsillen mit einer Methylenblaulösung und lässt man nachher mit reinem Wasser gurgeln, so kann man sich leicht überzeugen, dass in der Mehrzahl der Fälle die Gurgelflüssigkeit farblos abfliessen wird, während sie eine intensiv blaue Färbung annimmt, wenn man mit der gleichen Farbstoffmenge Zunge oder Gaumensegel betupft. Eine schwache Färbung des Gurgelwassers wird nach Betupfung der Tonsillen hie und da beobachtet; dieselbe lässt sich dadurch erklären, dass während des Gurgelns der Exspirationsluftstrom einen Theil der auf den Tonsillen vorhandenen Farbstoffe mit sich reisst und auf das Velum verspritzt. Wird mittels eines Pulverbläsers die Vorderfläche des Velums, ein Theil der Zunge und eine oder beide Tonsillen mit Weizenmehl bepudert, und lässt man im Anschluss daran mit einer mit Wasser verdünnten Jodglycerinlösung gurgeln, so sieht man auf dem Velum und auf der Zunge Blaufärbung eintreten, auf den Tonsillen aber nicht. Das auf denselben deponirte Mehl war durch die Gurgelflüssigkeit weder hinweggespült noch blaugefärbt worden. Es versteht sich, dass es trotz des Ergebnisses der vorstehenden Untersuchungen hin und wieder Personen gibt, welche so zu gurgeln verstehen, dass die Gurgelflüssigkeit wirklich, nicht bloss scheinbar die rückwärts von den vorderen Gaumenbögen gelegenen Theile bespült. Das sind aber seltene Ausnahmen. Soll die Gurgelflüssigkeit tiefer, als es in der Regel geschieht, hinab gelangen, so muss die zum Zustandekommen des Gurgelns erforderliche langdauernde Exspiration zeitweilig unterbrochen oder gar durch eine kurzdauernde, schwache Inspiration ersetzt werden. Das ist aber ein Kunststück, das zum Mindesten schwer zu erlernen ist. An Stelle des Gurgeln empfiehlt S. das Betupfen der hinteren Rachenwand mit langgestielten Wattetupfern. Das Betupfen bietet keine Schwierigkeit und kann von den Patienten selbst, resp. deren Angehörigen selbst sehr gut besorgt werden. Auf diese Weise vermag man das für wirksam gehaltene Medicament mit erheblich geringerer Belästigung der Patienten in weit stärkerer Concentration anzuwenden und in viel innigere Berührung mit der Schleimhaut zu bringen als es beim Gurgeln möglich ist. — (Münch. med. Wochenschr.; Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Zur Behandlung der Leukämie und Pseudoleukämie empfiehlt Litten das Berberin. Es leistet wenigstens vorübergehend Gutes, indem es den Appetit vermehrt, die Stuhlträgheit beseitigt und das Allgemeinbefinden sehr günstig beeinflusst. Auch der Milztumor soll sich bisweilen verkleinern. Ewald empfiehlt dasselbe in folgender Verordnungsweise: Berberini sulf. solubilis 2·0, Tct. chin. comp. 15·0, Tct. aurant. cort. 2·0, Syr. simpl. 18·0 M. D. S. 5stündlich 1 Kaffeelöffel. — (Ther. d. Gegenw.; Wien. klin. Wochenschr.)

Behandlung der Schluckbeschwerden bei Oesophaguscarcinom. Die Unmöglichkeit, bei Patienten mit Oesophaguscarcinom gewisse Speisen herunter zu schlucken, rührt nach Rosenheim häufig weniger von der organischen Verengerung der Speiseröhre her als von einer spastischen Contraction derselben, hervorgerufen durch die Berührung des Bissens mit der hyperästhetischen Oesophagusschleimhaut. So hat R. einen Patienten mit Carcinom der Speiseröhre beobachtet, welcher selbst Wasser nicht ohne Beschwerden schlucken konnte, und der Beefsteaks und Kartoffeln ohne Schwierigkeit herunterbrachte, nachdem er eine Morphiuminjection erhalten hatte. Für solche Fälle empfiehlt R. zur Linderung der Dysphagie folgende Pastillen, von welchen die Patienten vor jeder Mahlzeit 1 bis 2 Stück im Munde vergehen lassen. Rp.: Morph. hydroch. 0·005, Cocain. hydrochl. 0·0025, Antipyrin 0·1, Sacchar. 0·3, M. f. l. a. pastilla. D. tal. dos. Nr. XXX. Durch Einspritzung von 2 bis 3 cm^3 einer 1—4%igen Silbernitratlösung mit Hilfe einer Spritze mit einer ungefähr 30 cm langen Canüle hat R. ebenfalls eine bedeutende Besserung der Dysphagie erzielt, indem auf diese Weise die Empfindlichkeit der Schleimhaut oberhalb der Geschwulst herabgesetzt wird. — (Sem. médic. Corr.; Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Radfahren bei Herzinsufficienz. Prof. Kisch untersuchte mit Hilfe des Sphygmographen den Einfluss des Velosportes bei fettleibigen Individuen, um daraus ein Urtheil zu gewinnen über die Zweckmässigkeit des Radfahrens als Bestandtheil einer Entfettungscur. Dabei stellte es sich heraus, dass das Herz je nach den Individuen verschieden reagirt. In einer ersten Gruppe ist die Reaction eine normale; die Pulsfrequenz steigt, die einzelnen Pulse werden grösser und dikrot, nach einiger Zeit erlangt aber die Pulscurve ihre normale Spannung wieder. In einer anderen

Gruppe trifft man nach dem Radfahren wiederum starke Beschleunigung, die Curve ist aber nicht dikrot, sondern im Gegentheil stark gespannt und die Beschleunigung hielt längere Zeit nach geleisteter Arbeit an. K. führt diese Erscheinung auf eine mangelhafte Reaction der Gefässwand, auf Arteriosklerose zurück. Der Blutdruck bleibt hoch, weil die Arterienwandungen nicht mehr genügend Elasticität besitzen. In einer dritten Gruppe sind die nach Arbeit gewonnenen sphygmographischen Bilder die eines Pulsus frequens, parvus, dicrotus; es besteht starke Vermehrung der Frequenz, dabei sind die Pulse kleiner als vor Arbeit und sofort nach der Hauptelevation fällt steil die Curve beinahe bis zur Abscissenlinie. Nach dem Fahren sind die Patienten dyspnoisch. Diese Erscheinungen fasst K. als Zeichen der Herzschwäche auf. Gestützt auf diese Erfahrungen beurtheilt K. den Werth des Radfahrens in folgender Weise: 1. Personen mit Mastfettherzen mässigen Grades, mit im Ganzen gutem Eiweissbestande des Körpers, und bei genügendem Grade von Leistungsfähigkeit des Herzmuskels, namentlich jugendlichen Individuen, sowie solchen Fettleibigen, welche an Wohlleben und eine ruhige beschauliche Lebensweise gewöhnt sind, ist das Radfahren als eine Art Bewegungstherapie zur Uebung der Gesammtmusculatur und zur systematischen Gewöhnung des Herzmuskels an eine grössere Arbeitsleistung von Nutzen. In solchen Fällen kann das Radfahren auch mit einer geeigneten Brunnen- und Badecur als Entfettungsmittel angewendet werden, doch ist hiezu nothwendig, dass eine genaue ärztliche Controle die Uebertreibung der massvollen Gymnastik zu einem Sporte verhindere. Ferner darf das Radfahren nie unmittelbar nach dem Trinken der Mineralwässer oder nach dem Bade, ebenso wenig wie gleich nach der Mahlzeit stattfinden, sondern 1—2 Stunden später; die Fahrgeschwindigkeit soll dann nicht mehr als etwa 8 Kilometer in der Stunde und im Ganzen 20—30 Kilometer im Tage betragen und nicht mehr als eine Steigung von 3 Procent überwinden. 2. Bei der anämischen Form der Fettleibigkeit, ferner wenn mit dem Mastherzen Arteriosklerose vergesellschaftet ist, endlich wenn in der Familie des Fettleibigen eine erbliche Belastung mit Neigung zu Hirnhämorrhagie vorhanden, ist von einer Verbindung des Radfahrens mit der Durchführung einer angreifenden Brunnen- und Badecur abzusehen. 3. Absolut zu verbieten ist das Radfahren im vorgerückten Stadium des Mast-

fettherzens mit Myodegeneration und Dilatation der einzelnen Herzhöhlen, wenn Herzinsufficienz sich bereits auf dem ganzen Gefässgebiete geltend macht und die Symptome von Niereninsufficienz zu Tage treten. — (Zeitschr. f. diät. u. physik. Therap.; Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Ueber die Wirkung des Extract. fluid. Apocyni Cannabini bei incompensirten Herzfehlern. Von A. Pjassetzky. Vf. führt zwei Fälle von incompensirten Herzfehlern an, in denen sich das Extract. fluid. Apocyni Cannabini sehr gut bewährt hat. Fall 1: 37jähriger Mann mit Insuff. valvul. bicuspid., Stenosis ostii venosi sin., relativer Insuff. der Tricuspidalklappe, allgemeinen Stauungserscheinungen, Cyanose, ausserdem chron. Tubercul. der Lungen. Digitalis, Strophantus wurden ohne Erfolg gebraucht. Das Extr. Apocyni Cannabini (3mal zu 10 Tropfen) schaffte subjective Erleichterung und objective Abnahme der Stauungserscheinungen, der Cyanose etc. Der zweite Fall war dem ersten analog. Vf. lobt das Präparat als ein vorzügliches Cardiacum: die Herzcontractionen werden verlangsamt und kräftiger, der Puls regelmässiger, die Diurese wird angeregt, als Vorzug ist noch zu nennen, dass das Präparat keine cumulative Wirkung ausübt und dass es vom Magen- und Darmtractus gut vertragen wird. — (Eshened.; Pet. med. Wochenschr.)

Ueber die Wirkung der Birkenknospen auf die Harnausscheidung gesunder und an Nephritis leidender Personen. Von Dr. Kamtschatow. Vf. hat die Angaben Winternitz' über die diuretische Wirkung der Birkenknospen nachgeprüft und ein negatives Resultat erhalten. Die Birkenknospen wurden sowohl in Form eines Decocts, wie auch in der eines Infusum spirituosum angewandt. In ersterer Form zeigten die Birkenknospen keine bemerkbare Steigerung der Harnausscheidung, reizten aber weder die gesunden, noch die kranken Nieren; in zweiter Form zeigte das Mittel gleichfalls keine diuretische Wirkung, reizte dazu bei jeder Nephritisform das Nierengewebe und steigerte den Eiweissgehalt des Harns. — (Wratsch; Pet. med. Wochenschr.)

Neuere Arzneimittel und Receptformeln.

Natrium persulfuricum. $Na_2S_2N_8$, weisse, geruchlose Krystalle, welche sich in Wasser leicht lösen, wurde von Friedländer pharmakologisch geprüft. Die bactericiden Eigenschaften des-

selben sind so gross, dass eine 0·5%ige Lösung das Wachsthum der häufiger vorkommenden Bacterienarten hindert, während eine 5%ige Lösung deren Reinculturen abtödtet. Innerlich kann das Salz wegen seiner nachtheiligen Wirkung auf die Magenschleimhaut nicht genommen werden, dagegen verwendete es F. statt Kaliumchlorat zu Gurgelungen bei Angina und zur Verhütung von Stomatitis bei Schmiercuren, hauptsächlich aber als Verbandwasser an Stelle von Carbol, Sublimat etc. Gewöhnlich wurde es in 3—5%iger, manchmal auch in 10%iger Lösung verordnet und damit sehr gute Resultate erzielt. Zur Desinfection der Instrumente ist es nicht zu brauchen, da es diese durch Oxydation schwarz färbt. — (Ph. P.)

Plasmon wird ein von Siebold aus Milchcaseïn und Natrium bicarbonicum hergestelltes Nährpräparat, das sogenannte Milcheiweiss, genannt. Es stellt ein schwach gelbliches, griesartiges Pulver dar, welches sich in warmem Wasser bei genügender Verdünnung völlig löst; die Lösungen wie das Pulver sind vollkommen geruch- und geschmacklos. Die Trockensubstanz enthält 13% Stickstoff. Nach Prausnitz ist die Ausnützung des Milcheiweisses im Körper eine sehr gute und wird dasselbe fast völlig resorbirt, es kann das Fleisch vollständig vertreten und soll sich daher als Nahrungsmittel für Gesunde und Kranke in jeder Beziehung eignen und überall dort vortheilhaft angewendet werden können, wo eine besondere Zufuhr von Eiweiss, neben der gewöhnlichen Nahrung, erwünscht ist. — (Ph. P.)

Bei neurasthenischer Schlaflosigkeit.

Rp. Extr. scutellar. fluid 35·0
Tinct. hyoscyami } āā 15·0
Natr. bromat. }
Aq. destillat. 150·0
D. S. Abends 1 Esslöffel in Mineralwasser.

Bei Hämorrhoiden:

Rp. Extr. aescul. hippocast. fluid. 20·0
— hamamel. fluid. 10·0
Ol. menth. piper. gtt. II.
M. D. S. Morgens und Abends vor den Mahlzeiten 15 Tropfen in etwas Wein oder Zuckerwasser zu nehmen.

Bei Pertussis:

Rp. Extr. fluid. scutellar. 8·0—16·0
Mell. depurat. 30·0
Cinchon. rubr. 6·0
Ammon. chlor. 45·0
Spir. ammon. arom. 6·0
Spir. vin. conc. 16·0
Aq. dest. ad 120·0
D. S. 3mal täglich 1 Kaffeelöffel.

Bei Erysipel:

Rp. Pulver agar neutr. 1 0
Merc. subl. corr. } āā 0·1
Acid. tartar. }
Aq. font. 100·0
D. S. Sublimatagar. Kleine Stückchen auf den erkrankten Hautstellen mehrmals täglich zu zerdrücken.

Als Laxantia werden empfohlen:

1. Rp. Bryonini 0·1
Sacchari lactis 4·0
Gumm. arab. 1·0
Syr. spl. quant. sat. ut f. granula Nr. centum.
S. 2stündlich 1 Stück zu nehmen.

2. Rp. Acid. cathartin. 0·1
Sacchari 0·3
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. X.
S. Abends 1 Pulver zu nehmen.

3. Rp. Citrullini 0·2
Spirit. vin. }
Glycerini } ää 5·0
D. S. 1 cm³ mit 9 cm³ Wasser verdünnt ins Rectum einzuspritzen.

4. Rp. Extr. fluid. evonym. atropurpur. 15·0
D. S. Abends 1—2 Kaffeelöffel zu nehmen.

5. Rp. Rhamnini liquidi 100·0
D. S. Abends 1—3 Esslöffel zu nehmen.

Als Diureticum wird verwendet:

Rp. Tinct. solidag. virgaur. 20·0
Inf. fol. digital. e 0·6 : 150·0
Syr. cort. aurant. 30·0
D. S. 2stündlich 1 Esslöffel.

Bei menstrualen Beschwerden wird verwendet:

1. Rp. Apiolini 0·2
Dtr. tal. dos. Nr. XX in caps. gelatin.
S. 2—3 Kapseln täglich, einige Tage vor den Menses und während derselben bei den Mahlzeiten zu nehmen.

2. Rp. Extr. fluid. franciseceae uniflor. 15·0
D. S. Während der Menses 3mal täglich 15 Tropfen zu nehmen.

Bei Metrorrhagien:

Rp. Extr. spiss. erod. cicut. 3·0
Aq. menth. piper. 150·0
Syr. menth. piper. 30·0
Filtra. D. S. 2stündlich 1 Esslöffel.

Als Herztonicum empfiehlt man neuerdings:

Rp. Decoct. rad. apocyn. cannabin. e 15·0:500·0
D. S. 3mal täglich ein Weinglas voll zu nehmen.

Bei der Ekzembehandlung gibt Unna:

Rp. Zinc. oxyd. 10·0
Sulf. praecip. 15·0
Terr. siliceae 5·0
Adip. lanae 50·0
Aq. font. }
Ol. rapae } ää 10·0
D. S. Zinkschwefelpaste.

Zur Aknebehandlung empfiehlt Unna folgende Schleifseife:

1. Rp. Sapon. unguin. 40·0
Pulv. lap. pumic. 50·0
Mucil. gumm. arab. 10·0
D. S. Abends so lange der Seifenschaum über die Haut zu bringen, bis sie ein leichtes Brennen empfindet, darauf abzuspülen und mit der Aknepaste zu bedecken.

2. Rp. Pastae zinci 20·0
Merc. subl. corros. 0·05
Resorcini 0·5
D. S. Aknepaste.

Bei nässenden Ekzemen verschreibt Hodara:

Rp. Glycerini }
Sulfur. praecip. } ää 10·0
Zinc. oxyd. }
Sacchari }
Vaselini }
Lanolini } ää 20·0
M. f. ungt. D. S. Salbe.

Bei Hämoglobinurie empfiehlt Du Bose:

1. Rp. Chinin. bisulfur. 0·3
Morph. sulfur. 0·008
Atropin. sulfur. 0·0003
Aq. dest. steril. 2·0

D. S. Zur subcutanen Injection, die 3mal täglich auszuführen ist.

2. Rp. Chinin. sulfur. 0·3
Camphor. monobrom. 0·12
Morph. sulfur. 0·005
Atropin. sulfur. 0·0001
Pulver. capsic. 0 03

M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. XII. S. Alle vier Stunden 1 Pulver zu nehmen.

3. Rp. Phenacetini 0·18—0·3
Coffeini 0·03—0·06
Natr. bicarbon. 0·06

M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. XII. S. Alle zwei Stunden ein Pulver.

Bei Tabes empfiehlt Darschkewitsch:

Rp. Natr. nitros. 1·0—6·0
Aq. dest. ad 100·0

D. S. Täglich 1 g zu injiciren in steigender Concentration.

Bei Blepharitis ciliaris verwendet Carra:

Rp. Stibii sulfur. 1·0
Lanolini 4·0
Vaselini 2·0

M. f. ungt. D. S. Augensalbe.

Sitzungsberichte.

Congress zur Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit in Berlin.

Dr. Köhler: Ueber Ausbreitung und Bedeutung der Tuberculose als Volkskrankheit.

(Schluss.)

Die Prophylaxe der Tuberculose hinsichtlich der Wohnung und des Verkehrs fand in Rubner, die Prophylaxe in den Krankenhäusern in v. Leube ihren Interpreten. Auf die hohe Bedeutung des Alkoholmissbrauchs für die in Rede stehende Frage wies Dr. Baer hin; Virchow würdigte die Prophylaxe der Tuberculose durch Tödtung aller tuberculösen Rinder und Schweine und Sterilisirung der Milch tuberculöser Kühe. Als richtigstes Mittel zur Erkennung der Rindertuberculose proclamirt er das Koch'sche Tuberculin. Ueber die Abnahme der Schwindsuchtsterblichkeit durch die moderne Behandlung der Krankheit sprach J. Lehmann. Was die Städte Dänemarks anlangt, so lässt sich sagen, dass sicherlich auch andere Ursachen mitgewirkt haben; denn einerseits fand sich schon in der Mitte des Jahrhunderts eine vorübergehende Abnahme, anderseits beginnt die letzte Abnahme schon vor der Entdeckung des Tuberkelbacillus (1882). Die ganz auffallend starke Abnahme der Schwindsuchtsterblichkeit von der Mitte der Achtzigerjahre ab gibt indessen eine gewisse Wahrscheinlichkeit für einen besonderen Einfluss der veränderten Auffassung der Krankheit. Während weiterhin Lazarus dafür eintritt, dass die Leichtkranken in Heilstätten kommen sollen und die Schwerkranken den Krankenhäusern überwiesen werden, tritt Unterberger dafür ein, den Krankenhäusern sogenannte Haussanatorien anzugliedern, weil die speciellen Heilstätten doch niemals ausreichen werden, und weil in ersteren eine grössere

Zahl von Aerzten sich in den hygienisch-diätetischen Massnahmen zur Behandlung der Tuberculose ausbilden können.

Die vierte Abtheilung, Therapie, wurde eingeleitet mit Curschmann's Vortrag über die Heilbarkeit der Tuberculose. Wenn auch eine Heilung der Lungentuberculose im anatomischen Sinne zu den seltenen Ausgängen der Krankheit gehört, so ist doch eine solche in klinischer Beziehung, d. h. ein Stillstand des Processes und Wiedergewinnung der Leistungsfähigkeit, recht häufig. Diese günstigen Erfolge sind der heutzutage allgemein üblichen physikalisch-diätetischen Behandlungsmethode zuzuschreiben und sind an kein Klima gebunden. Mittel zur Beeinflussung der Tuberkelbacillen besitzen wir bis jetzt nicht, sind aber ein hohes Ziel zukünftiger Forschung.

Die medicamentöse Therapie der Tuberculose, d. h. die nicht zu entbehrenden Adjuvantien, fand in Kobert einen beredten Interpreten; das Tuberculin insbesondere wurde von Brieger neuerdings empfohlen.

Die klimatische Therapie wurde von Weber eingehend besprochen. Nach des Vortragenden Erfahrung kann man bei geeigneter Auswahl der Fälle in jedem Klima gute Resultate erzielen. Da aber die Kranken, sich selbst überlassen, häufig Fehler begehen, so ist eine ärztliche Ueberwachung nöthig und darum für die Mehrzahl der Kranken die Behandlung in Heilanstalten vorzuziehen, für die Unbemittelten aber ist sie eine Nothwendigkeit. Die Errichtung von zahlreichen Volksheilstätten ist daher ein nationales Bedürfniss zur Heilung und Verhütung der Tuberculose.

Ueber die hygienisch-diätetische Behandlung der Lungentuberculose und Anstaltsbehandlung sprach Dettweiler. Während in den meisten der bisher erwähnten Vorträge der bacteriologische Standpunkt nach unserem Empfinden etwas zu sehr in den Vordergrund gerückt war, vertrat D. mehr jene Richtung, welche die Errungenschaften der Bacteriologie mit den Erfahrungen der ärztlichen Praxis in harmonischen Einklang zu bringen sucht, und auf keinen Fall ein Uebergewicht der ersteren zugestehen will.

Die Lungentuberculose, so lautet sein erster Leitsatz, ist nicht als eine einfache locale Erkrankung anzusehen, sondern sie ist meist ein Krankheitscomplex, der fast das ganze Gebiet der heutigen Krankheitslehre umfasst. Denn der von jener befallene Mensch leidet nach kurzem Bestand des Uebels (und häufig schon vorher) an Störungen der lebenswichtigsten Organe, die neben der Haupterkrankung die vollste Berücksichtigung erheischen. Eine ätiologische Therapie, d. h. eine sichere Beseitigung der eigentlichen Krankheitsursachen (sei es, dass dies der Tuberkelbacillus ist, sei es, dass dieser nur die letzte auslösende Ursache darstellt), gibt es bis heute nicht. Es bleibt nur die empirisch erprobte, logisch aufgebaute Anstaltsbehandlung mit hygienisch-diätetisch-physikalischen Mitteln.

Die Behandlung der Krankheit ist eine Machtfrage, der Organismus muss in seinem Kampfe gegen die Eindringlinge mit allen erdenklichen Mitteln unterstützt werden. Diese Behandlung ist eine so vielfältige, und es ist dazu eine ständige Ueberwachung des Kranken nöthig, dass sie nur von besonders dazu ausgebildeten und befähigten Aerzten und nur in der Anstalt gewährt werden kann.

Ueber einen besonderen Theil dieser physikalischen Behandlung, die Hydrotherapie, sprach Prof. Winternitz. Nach einer fast vierzigjährigen reichen Erfahrung spricht er mit festester Ueberzeugung aus, dass es bisher

kein wirksameres, sichereres, in allen Stadien der Tuberculose und Phthise anwendbares, in der Wirkung von modernsten Gesichtspunkten rationell verständliches Heilmittel gibt, als die Hydrotherapie, selbstverständlich auch in Verbindung mit allen hygienisch-diätetischen Methoden der Freiluftbehandlung. Ein grosser Werth seiner Methode ist aber darin gelegen, dass der Phthisische, der seinen Aufenthaltsort nicht zu verändern vermag oder dies zu thun nicht gewillt ist, die Cur in seiner Heimat im Schosse seiner Familie, unter Leitung seines Arztes und fast ohne bedeutende Störung seines Berufes gebrauchen kann.

Ueber den gleichen Gegenstand sprach auch Schütze, während die medicamentöse Behandlung der Lungenschwindsucht in Hölscher (Gujacol-Carbonat und Kreosotal), Cervello (Inhalation mit Igazol), Weber (subcutane Injection von Vaseline) ihre Vertreter fand. Namentlich Landerer besprach eingehend die von ihm geübten Zimmtsäureinjectionen.

Meyer sprach über „Finanzielle und rechtliche Träger der Heilstättenunternehmungen". Eine unanfechtbare Statistik hat das Bedürfniss nach Lungenheilstätten in solchem Umfange nachgewiesen, dass die Lösung dieser grossen Aufgabe nicht dem aufopferungsvollen Bemühen Einzelner überlassen bleiben kann. Es ist vielmehr dringend erforderlich, mit Unterstützung aller staatlichen und behördlichen krankenfürsorgepflichtigen Organe unter gleichzeitiger Benützung der socialen Organisation den Kampf zu führen.

Friedberg erörterte im Speciellen die Mitwirkung der Cassenärzte und Krankencassen bei der Heilstättenfürsorge und wies darauf hin, dass die Invaliditätsversicherungen das allergrösste Interesse an der Behandlung Tuberculöser im Anfange der Erkrankung hätten. Die Behandlung müsste viel früher einsetzen, als dies bis jetzt der Fall war. Man dürfe nicht erst warten, bis der Befallene wirklich arbeitsunfähig sei; dann sei es für einen guten Heilerfolg meist zu spät. Er wies auf die enorme Verheerung durch die Tuberculose in der arbeitenden Bevölkerung hin: 50 Procent aller Todesfälle werden durch Schwindsucht bewirkt, unter den Goldarbeitern sogar 85 Procent! Vortragender hält es für nöthig, dass die Kosten für die Behandlung Tuberculöser von Anfang an von der Invaliditätsversicherung getragen werden, während die Krankencassen für diese Zeit für die Unterhaltung der Familien zu sorgen hätten. Ein wichtiger Factor im Kampfe gegen die Schwindsucht ist die Aufklärung der Bevölkerung und die Erziehung derselben zu hygienischer Denkweise und gesundheitsmässiger Lebensweise. — (Deutsche Aerzte-Ztg.)

Wiener laryngologische Gesellschaft.

Dr. G. Scheff: Referat über die Beziehungen der Nasen- zu den Augenkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung des Thränennasencanals.

Der mir zu Theil gewordenen Aufforderung entsprechend, auf die in neuerer Zeit actuell gewordene Erkenntniss der Beziehung der Nasenerkrankungen zu den Augenkrankheiten oder umgekehrt, durch ein Referat die Aufmerksamkeit der Fachcollegen zu lenken, komme ich im Interesse unserer Fachwissenschaft nach. Ein erschöpfendes Eingehen in die Literatur dieses Themas konnte ich mir bei der zu kurz bemessenen Zeit nicht erlauben und musste mich mit den diesbezüglichen, leicht zugänglichen Behelfen aus der Literatur begnügen.

Dieses vorausgeschickt, beginne ich mit meinen persönlichen Erfahrungen auf diesem Gebiete, welche sich auf Untersuchungen der Nase bei mit Trachom der Augen behafteten Soldaten beschränken. Diese Untersuchungen habe ich vor nahezu zwanzig Jahren vorgenommen und über das Resultat ist in meinem Buche wörtlich Folgendes enthalten:

„Die Untersuchung der Nase, die ich bei einer Anzahl von an Trachom erkrankten Augenkranken vorgenommen habe, verschaffte mir ausserdem die Ueberzeugung, dass selbst Augenkrankheiten die Ursache chronischer Entzündung der Nasenschleimhaut sein können, denn ich fand bei zwanzig an Trachom erkrankten Soldaten die Nasenschleimhaut ebenso wie die Schleimhaut der Augenlider entzündet, tiefroth gefärbt, von granulöser und wulstiger Beschaffenheit, mit einem mehr dicklichen, spärlichen Secret belegt, welcher Befund mit den subjectiven Angaben der Patienten vollkommen übereinstimmte, denn alle gaben an, seit dem Bestehen der Augenkrankheit an Schnupfen zu leiden. Es ist übrigens bekannt, dass selbst bei geringen Augenreizen eine vermehrte Secretion aus der Nase stattfindet. Es scheint, dass das irritirende Agens durch den Thränennasengang auf die Nasenschleimhaut gelangt, daselbst Reizerscheinungen hervorbringt und den chronischen Schnupfen als Folge jener contagiösen Bindehaut-Erkrankung bedingt."

Ich leugne nicht, dass heute Untersuchungen dieser Art als unzulänglich hingestellt werden müssten und einer Kritik nicht Stand halten könnten, besonders wenn es sich um contagiöse, resp. infectiöse Erkrankungen handelt. Damals war die Bacteriologie noch in ihren Anfängen, wenn auch die specifischen Mikroorganismen des Tuberkels, der Diphtherie, des Rotzes etc. als Krankheitserreger derselben bereits gesichert waren. Darum aber handelt es sich auch gar nicht, sondern um die Feststellung der Wechselbeziehung nachbarlich gelagerter Organe, gleichgiltig, ob in beiden Organen derselbe auf gleicher bacteriologischer Grundlage zurückzuführende Process vorliegt oder nicht, und ob das eine oder andere Organ primär oder secundär inficirt wurde.

Meine Untersuchung hat einfach ergeben, dass ein Connex zwischen den Erkrankungen des Auges und der Nase besteht, und dass als Verbindungsglied muthmasslich der Thränennasengang angesehen werden kann.

Es ist ja bekannt, dass die Nase selbst mit entfernter gelegenen Organen, wie mit dem Geschlechtsapparat, in gewissen Wechselbeziehungen steht.

So wird uns in der Literatur von Nasenblutungen als vicariirende Menses bei den Frauen erzählt; Fliess hat in seinem Buche eine ganze Reihe von Wechselbeziehungen der Nase zu den entfernter gelegenen Organen angeführt. Ja er hat sogar bestimmten Punkten in der Nase, besonders dem vorderen Drittel der linken mittleren Muschel, eine grosse Bedeutung auf gewisse Unterleibszustände zugeschrieben und durch entsprechende Behandlung dieser Stellen seine Patienten angeblich von ihren Leiden geheilt. Auch auf den Gang des Geburtsactes will der eben citirte Autor von der Nase aus einen Einfluss genommen haben und so noch auf Anderes.

Wenn es sich in der That so verhält, was ich nicht entscheiden mag, warum sollte dann das Auge als nächster Nachbar durch Erkrankungen der Nase und ihrer Adnexe, die ja wie ein Kranz um das Auge herumliegen, nicht auch in Mitleidenschaft gezogen werden können? Es liegt auch gar kein Grund vor, wenn wir uns im Grossen die topographisch-anatomischen Verhältnisse des Gesichtsschädels vergegenwärtigen, daran zu zweifeln.

Die Schwierigkeit, dieses thatsächlich festzustellen und die Divergenz der Anschauungen, liegt allein darin, dass wir noch immer nicht in der Lage sind, die zahlreichen zarten und wirren Verbindungen in vivo mit dem freien Auge zu erkennen und uns nur auf die an Leichen durch Präparation gewonnenen Befunde beschränken müssen. Dass da mitunter auch Kunstproducte entstehen und irre leiten können, wird, wenn man auf das complicirte und kleine Terrain einerseits und auf die im Bereiche der Nase befindlichen zarten Knochenplättchen (Siebbeinzellen) anderseits Rücksicht nimmt, aufrichtig Niemand bezweifeln. Um den rohen Eingriffen mit Säge, Meissel und Hammer aus dem Wege zu gehen, habe ich Ausgiessungen der Nase und deren Adnexa versucht, um so ohne Gewalt in all die verschiedenen Oeffnungen, Höhlen und Wege einzudringen und ein naturgetreues und zusammenhängendes Bild zu erhalten. Leider scheiterten die in Gemeinschaft mit Herrn Prof. Kolisko durch Jahre fortgesetzten Versuche, einerseits an dem Mangel eines geeigneten Materiales zu Corrosionszwecken, anderseits an der Schwierigkeit, von der Nase aus die pneumatischen Höhlen und Höhlchen, Canäle und Canaliculi injiciren zu können. Die Versuche misslangen selbst unter der Luftpumpe. Ziem führt in seiner diesbezüglichen Arbeit an, dass schon G. A. Richter im vorigen Jahrhundert mit Bestimmtheit erklärt habe, die Fistel des Thränenschlauches nehme von Geschwüren oder Polypen der Nase oder anderen Nasenleiden ihren Ursprung, während Scarpa in entgegengesetzter Anschauung jede Entzündung des Thränenschlauches von einer Erkrankung der Bindehaut ausgehen lässt. Welge hat schon im Jahre 1786 Sehstörungen bei Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase beobachtet und Mackenzie der Aeltere sah solche bei Tumoren der Keilbeinhöhlen. Von Peter Frank und Josef Hyrtl wurde der Rath gegeben, bei Augenleiden überhaupt eine Ableitung auf die Nasenschleimhaut durch Blutegel oder Scarificationen zu versuchen, während Vésigné nur bei Entzündungen des Thränensackes dieses Verfahren geeignet findet. W. v. Zehender scheint, wie berichtet wird, Blutentziehungen in der Nase bei Entzündungen der Aderhaut vorgenommen zu haben.

Nach Ziem rühren etwa zwei Drittel aller Augenkrankheiten von Nasenleiden her, oder sind wenigstens durch diese begünstigt.

Das Uebergreifen von Krankheiten eines Organes auf das andere kann, wie bekannt, im Wege der Continuität oder Contiguität, oder auf dem der Gefäss-, Lymph- und Nervenbahnen stattfinden. Von einigen Autoren wurde die Nervenbahn als der wichtigste Weg angesehen, ja fast alle bei Nasenleiden vorkommenden Augenleiden für reflectorisch erregte ausgegeben. Letzteres kritisch zu beleuchten, kann nicht meine Aufgabe sein und möge der Discussion vorbehalten bleiben. Es unterliegt aber gar keinem Zweifel, dass die vorher genannten Wege wirklich die Uebertragung von Krankheitsprocessen von einem auf das andere Organ vermitteln, was umsomehr einleuchtet, wenn man bedenkt, dass um keines der Organe im menschlichen Körper eine chinesische Mauer gezogen ist. Wenn wir das anerkennen, so müssen wir auch zugestehen, dass es nicht leicht, ja überhaupt nicht möglich ist, die einzelnen Disciplinen in der Medicin scharf von einander abzugrenzen. Wir werden bei Nasenleiden unsere Untersuchungen nicht allein auf die Nase beschränken können, sondern die angrenzenden Organe mit ins Bereich der Untersuchung ziehen müssen u. s. w. Von dieser Stelle aus wurde bereits von unserem Präsidenten Prof. Störk, gelegentlich der Vorstellung eines Falles von acutem Stirnhöhlen- und Siebbein-

empyem mit Fortschreiten des Processes in die Orbita durch dessen Assistenten Dr. Ebstein, bemerkt, dass häufig bei gewissen Augenleiden durch Intervention der Rhinologen, den Patienten bei frühzeitigerer Erkenntniss des ursächlichen Nasenleidens, die Consequenz, „das Augenleiden" erspart bliebe, oder doch mindestens günstig beeinflusst werden könnte.

Der Ophthalmologe Herrenheiser sagt wörtlich: „Man mache es sich zur Regel, jeden Fall von Thränensackerkrankung einer rhinologischen Untersuchung zu unterziehen. Manchmal wird der Nasenarzt nichts eruiren, gar oft aber wird er Veränderungen in der Nasenschleimhaut nachweisen, die den Ausgangspunkt der Erkrankung bilden."

In allen Lehrbüchern der Augenheilkunde wird den Nasenleiden eine hervorragende Rolle bei Augenkrankheiten eingeräumt. Fuchs lässt die Thränensackblennorrhöe als Consequenz der Verengerung des Thränen-Nasenganges in der Regel infolge von Erkrankungen in der Nasenhöhle entstehen, und bespricht ausführlich in seinem Lehrbuche die dazu führenden, in der Nase entstandenen Ursachen. Ziem glaubt die Eiterung des Thränensackes oder die Fistelbildung höchst wahrscheinlich immer auf eine vorausgegangene Erkrankung der Nase zurückführen zu sollen. Eine von der Bindehaut aus bedingte Eiterung des Thränen-Nasenganges gehört nach ihm zu den grössten Seltenheiten, wenn sie überhaupt jemals vorkommt.

v. Hasner hat schon im Jahre 1850 unter 59 Fällen von Thränenschlauch-Erkrankungen 51mal Krankheiten der Nase gefunden. Faravelli und Krüch haben unter 35 Fällen Thränensackerkrankungen 30mal solche der Nasenhöhle festgestellt. J. Michel und Seifert haben bei 38 Fällen von Dakryocystoblennorrhöe in 37 Fällen eine Erkrankung der Nase gefunden.

(Schluss folgt.)

Bücher-Anzeigen.

Die Krankheiten der Prostata. Von Dr. Ad. v. Frisch, a. ö. Prof. in Wien. Specielle Pathologie und Therapie von Prof. H. Nothnagel. Verlag von Alfred Hölder. Wien 1899.

Mit der Erörterung der Prostataläsionen und ihrer Therapie findet die Reihe jener Monographien aus dem Gebiete der Harn- und Sexualorgane ihren Abschluss, welche, dem Plane des Nothnagel'schen Sammelwerkes gemäss, noch im Rahmen dieser grossangelegten Encyklopädie der internen Medicin ihren Platz finden mussten. Dem von allen anderen Autoren treu beherzigten Programmpunkte, in vorzüglicher Weise den klinischen Verhältnissen Rechnung zu tragen, ist auch v. F. in strengster Präcision treu geblieben, welche vorgezeichnete Einschränkung einem Chirurgen vom Fache nicht leicht werden konnte.

So finden alle jene Krankheitszustände der Vorsteherdrüsen, welche zur Veränderung des Gesammtorganismus in Beziehung stehen, die gründlichste Würdigung. Aber auch jene Läsionen der Prostata, deren Wesen über die Bedeutung eines localen Processes hinausgeht, hat der Verfasser in den Vordergrund seiner Betrachtungen gestellt. Hiebei kommt auch die gesammte conservative Therapie in jener ausführlichen Weise zur Behandlung, welche man in grossen Specialwerken zu

finden hofft. Nicht das Gleiche können wir in Bezug auf die Detailirung der bei Prostataerkrankungen in Anbetracht kommenden operativen Massnahmen verzeichnen. Doch soll das Werk, wie vorerwähnt, in erster Linie ja nur dem Internisten die entsprechende Orientirung gewähren. Die heute im Vordergrund des urologischen Interesses stehenden Operationen an den Sexualorganen, zur Sanirung der Prostatahypertrophie, finden sich zwar vollzählig angeführt, doch enthält sich der Autor an dieselben den gebotenen kritischen Massstab zu legen, was bei der reichen Erfahrung und dem autoritativen Wissen v. F.'s immerhin wünschenswerth gewesen wäre.

Am sympathischesten scheint dem Verfasser die Bottini'sche galvanokaustische Diärese der Prostata zu sein, denn die Chancen dieser Methode, sowie ihre Technik erfahren die eingehendste Berücksichtigung. Die übrigens in allen Abschnitten der Monographie gleichmässig zu verfolgende Sorgfalt des Autors, die fraglichen Verhältnisse deutlichst zu exponiren, verleihen dem Werke das Ansehen eines Lehrbuches, und als solches wird es die verdiente Anerkennung finden. Das reiche Quellenstudium wird durch ein imposantes Literaturverzeichniss belegt, welches alle nambaften Erscheinungen auf dem Gebiete in den letzten 25 Jahren aufweist. N.

Neue Heilmittel und Heilverfahren 1893—1898 für praktische Aerzte. Zusammengestellt von Dr. Ferdinand Winkler. Verlag von Urban und Schwarzenberg. Wien 1899.

Vorliegendes Buch ist die Fortsetzung des „Therapeutischen Lexikon" und es werden in demselben die seit 1893 erschienenen neuen Arzneimittel und Heilverfahren besprochen. Die Arbeit ist vorzüglich, die Besprechungen zeichnen sich bei grosser Vollkommenheit durch prägnante Kürze aus, der Leser wird nirgends etwas Wissenswerthes vermissen. Zahlreiche Receptformeln illustriren den Text. Das Buch sei dem Praktiker bestens empfohlen. Ausstattung und Druck sind tadellos.

Die nervösen Erkrankungen der Blase. Von Dr. L. v. Frankl-Hochwart, Priv.-Doc. für Neuropathologie, und Dr. O. Zuckerkandl, Priv.-Doc. für Chirurgie an der Universität zu Wien. Specielle Pathologie und Therapie von Prof. H. Nothnagel. Verlag von Alfred Hölder. Wien 1898.

Die höchst complicirten und für gewöhnlich nicht leicht entwirrbaren localen Verhältnisse, welche den auf nervöser Basis zu Stande gekommenen Störungen der Blasenfunction zu Grunde liegen, haben unseres Wissens bisher an keiner zweiten Stelle eine so übersichtige und erschöpfende Beleuchtung erfahren, als in der vorliegenden eigenartigen Zusammenstellung der Autoren.

Das grosse Material, welches bei der Erläuterung, der stets nur als Theilerscheinung anderweitiger Störungen auftretenden Blasenläsionen zu verarbeiten war, haben die Verfasser in nur zu billigender specialistischer Arbeitstheilung zu beherrschen getrachtet, dann aber auch in ihrem Zusammenwirken werthvolle klinische und experimentelle Beiträge gezeitigt.

Von diesen Letzteren seien unter anderen nur die Untersuchungen über die Sensibilitätsanomalien der Blase, die Prüfungen der Dysurie bei Tabeskranken, die intravesicalen Druckbestimmungen bei spinaler Blasenstörung etc. angedeutet. In der Anordnung des Stoffes haben die Verfasser an die Beschreibung der physiologischen Verhältnisse eine allgemeine Symptomatologie angereiht, in welcher die sensiblen Anomalien der Blase (Schmerz, gesteigerter und verminderter Harndrang), die nervöse Dysurie (Krampf und Blasenlähmung), die nervöse Incontinenz, sowie die ausdrückbare Blase, ausführlichst zur Sprache gebracht werden, unter steter Berücksichtigung jener functionellen und organischen Spinal- und Cerebralerkrankungen, welche zu den angeführten Störungen in Beziehung stehen. Im speciellen Theile finden die Blasenstörungen bei anatomischen Erkrankungen des Nervensystems und die Functionsanomalien bei Neurosen die gründlichste Würdigung. Im therapeutischen Theile konnten sich die Verfasser entsprechend dem, für die Anordnung des Werkes gewählten Gesichtspunkte, nur in ganz allgemeine Erörterungen der jeweilig indicirten Massnahmen einlassen. Das an feinen Einzelheiten reiche Werk wird dem Neurologen und dem Urologen das gleiche Interesse abgewinnen müssen.

Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhange mit anderen Erkrankungen. Von Prof. Dr. H. Schmidt-Rimpler. Mit 23 Abbildungen. Specielle Pathologie und Therapie von Prof. H. Nothnagel. Verlag von Alfred Hölder. Wien 1898.

Die Literatur über die Betheiligung des Auges an verschiedenen Körper- und Organleiden ist in den letzten Jahrzehnten bedeutend angewachsen; sowohl die Augenärzte als auch die Nervenärzte und Internisten betheiligten sich, die Wichtigkeit des Gegenstandes erfassend, in gleich hervorragender Weise an der Erforschung der Veränderungen des Auges bei verschiedenen Erkrankungen und es wurden viele Thatsachen von grossem Werthe zu Tage gefördert. Die Darstellung unserer Kenntnisse über die Beziehungen zwischen Augen- und anderen Krankheiten im Sammelwerk der internen Medicin entspricht einem wesentlichen Bedürfnisse und die Internisten werden die Arbeit Schmidt-Rimpler's mit besonderer Anerkennung aufnehmen. Der Gegenstand ist erschöpfend, klar, und mit objectiver Kritik behandelt. Der Verfasser sagt im Vorworte, dass er Verschiedenes aufnehmen musste, von dem ihm der ätiologische Zusammenhang noch als zweifelhaft erschien, da er es im Interesse weiterer Forschung nicht ganz unterdrücken wollte. Das war sehr zweckmässig und gereicht dem Werke zum Vortheile; manches was im gegebenen Momente unwesentlich oder nicht fest begründet erscheinen mag, gewinnt im Laufe der Zeit festen Boden. Den einzelnen Artikeln sind ausführliche Literaturverzeichnisse angefügt. Das Buch wird Lernende und Forscher in gleicher Weise befriedigen. Druck und Ausstattung sind vorzüglich.

Herausgeber und verantwortlicher Redacteur: Dr. M. Heitler. — Verlag von Moritz Perles.
Druck von Johann N. Vernay in Wien.

Zur Behandlung der Tabes dorsalis.

Von Dr. Johann Hirschkron, Nervenarzt in Wien.

Die Tabes dorsalis ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen des Rückenmarkes.

Aetiologisch ist bekannt, dass Männer häufiger als Weiber von diesem Leiden befallen werden.

Ob neuropathische Disposition, Uebertragung durch Vererbung, Erkältungen, geistige und körperliche Ueberanstrengung oder sexuelle Ausschweifungen einen ausreichenden Grund zur Entstehung dieser Krankheit abgeben, will ich dahingestellt sein lassen.

Wahrscheinlicher ist die Ansicht vieler Autoren, die auf Grund statistischer Aufzeichnungen die Syphilis als die Ursache der Tabes ansehen. Sie fassen die Tabes als Product einer postsyphilitischen Intoxication des Körpers auf, nicht aber als tertiäre syphilitische Erkrankung und nehmen an, dass unter dem Einflusse der syphilitischen Infection, deren jahre- und jahrzehntelanges schlummerndes Verweilen im Körper wir ja aus zahlreichen sonstigen klinischen Erfahrungen mit Sicherheit annehmen dürfen, sich abnorme Stoffwechselproducte bilden, welche auf gewisse Nervenbahnen allmälig degenerirend einwirken, ähnlich wie Blei, Secale und andere bekannte chemische Gifte. Jedes dieser Gifte ist nun wieder für ganz bestimmte Nervengebiete ein Virus für andere Gebiete mag es vielleicht eine völlig indifferente Substanz sein. So erklärt es sich auch, dass die Tabes eine Systemerkrankung ist. Es muss aber aus obigem Grunde zugleich einleuchten, dass eine antisyphilitische Behandlung keinen besonderen Nutzen bringen kann, da Quecksilber und Jod wohl Producte der syphilitischen Neubildung zum Schwinden bringen, nicht aber die zerstörenden Einflüsse chemischer Toxine hemmen können. An dieser Stelle dürfte eine Beobachtung am Platze sein, die vielleicht einen ätiologischen Beitrag liefern könnte. Es kommen bei der Syphilis merkwürdigerweise statt einseitige, doppelseitige Intercostalneuralgien vor, was an und für sich schon interessant ist und sehr

für den Zusammenhang der Tabes mit der Syphilis spricht, da bekanntlich die Neuralgien centralen Ursprungs ebenfalls doppelseitig auftreten. Den besten Beweis, dass Tabes und Syphilis im Zusammenhange stehen, zeigen meine weiblichen Tabeskranken, die alle vor Jahren Lues durchgemacht haben. Gäbe es eine Tabes ohne Syphilis, so müsste doch endlich die tabische Jungfrau aufzufinden sein.

Dass nicht alle Luetiker an Tabes erkranken, wollen erfahrene Syphilitologen damit erklären, dass eine gründliche, antiluetische Behandlung einen gewissen Schutz bietet. Es tritt daher bei ungenügender Cur und zufällig dazukommenden äusseren Schädlichkeiten die Krankheit viel leichter auf. Welchen Werth die Angaben vieler Kranken in Bezug auf Lues haben, beweist ein Fall aus meiner Praxis. Pat. H. mit ausgesprochener Tabes will nie einen luetischen Process durchgemacht haben. Nach kaum sechs Monaten stellte sich derselbe Kranke eines Tages mit einem ausgesprochen syphilitischen Geschwür an der Nase vor, das nach einer Schmiercur wich. Ich bin nach meiner Erfahrung fest überzeugt, dass es keine Tabes ohne Syphilis gibt, weiss aber auch, dass eine specifische Behandlung, und mag diese noch so früh eingeleitet werden, bei manifester Tabes wenig Nutzen bringt, manchmal sogar ungünstig auf den Verlauf der Krankheit einwirkt. Nur beim mal. perforans scheint eine Schmiercur von Nutzen zu sein. Wenn man die antiluetische Behandlung dennoch versuchen zu müssen glaubt, so thue man dies nur dann, wenn entweder die Syphilis bei dem Kranken erst vor Kurzem abgelaufen, oder wenn der Kranke gar noch floride Syphilissymptome zeigt, wenn cerebrale, meningeale Symptome mit der Tabes combinirt sind und in solchen Fällen, wo man annehmen kann, dass früher eine ungenügende Schmiercur durchgeführt wurde. Vollständig contraindicirt ist die Cur bei sehr veralteten, vorgeschrittenen Fällen, wenn der Patient kachektisch und dyspeptisch ist, oder wenn leicht Intoxicationserscheinungen durch Quecksilber und Jod eintreten. Eine radical durchgeführte antiluetische Behandlung während einer floriden Syphilis hat ganz entschieden prophylaktischen Werth.

Die Symptomatologie der Tabes zeigt ein ziemlich geschlossenes Bild. Langsame Entwicklung ist die Regel, nur ganz vereinzelte Ausnahmen kommen vor. Der Uebersichtlichkeit halber kann man verschiedene Stadien unterscheiden:

Erstes Stadium (einleitendes, auch neuralgisches).

Allmälig, meist erst im Laufe von Jahren, vollzieht sich der Uebergang zum zweiten Stadium, dem ataktischen.

Und wieder nach Verlauf von Jahren, unter Abnahme der bis dahin gewöhnlich guten Ernährung, kommt das Endstadium (das paralytische) heran.

Es frägt sich nun: Kann man im ersten Stadium den Krankheitsverlauf, falls man die Diagnose sofort präcise zu stellen vermag, milder gestalten oder nicht? Nach meiner Erfahrung halte ich es für nicht ganz ausgeschlossen. Der Grund, warum in vielen Fällen der Krankheitsprocess schon zu Anfang sich ungünstig gestaltet, liegt in nichts Anderem, als in der falschen Auffassung der empfundenen Beschwerden.

Die blitzartigen Schmerzen hält der Kranke lange Zeit für leichten Rheumatismus. Der unsichere Gang, die Anästhesie, die Analgesie, das seltenere Uriniren und Doppelsehen fällt ihm gar nicht auf. Der Kranke wendet sich daher entweder gar nicht an den Arzt, oder macht unwesentliche Angaben, führt den Arzt irre, oder unternimmt Curen auf eigene Faust. Zur Illustration diene folgender Fall: Herr A., Kaufmann, kam im August 1893 direct aus Baden, wo er sich eben wegen seines angeblichen Rheumatismus zum Curgebrauche aufhielt, in meine Sprechstunde und bat mich, ihm eine Schwiele von der Sohle zu entfernen, die nach seiner Angabe höchst wahrscheinlich auch Schuld an seinen bereits seit Jahren bestehenden Schmerzen sei, was er annehmen zu müssen glaube, da ein wiederholter Curgebrauch in Baden ihm nichts helfe. Beim Anblick des Kranken fielen mir die kaum stecknadelkopfgrossen Pupillen bei ihm auf. Ich untersuchte genauer und fand das ausgesprochene Bild einer Tabes. Dysurie, Dyplopie, Gürtelgefühl, Anästhesie, Analgesie, Romberg, nichts fehlte von der Suite. Angesichts eines solchen zufälligen Untersuchungsresultates dürfte es sich empfehlen, bei allen Schmerzangaben in den Extremitäten nach Rückenmarkssymptomen zu fahnden; es wird da viele Ueberraschungen geben.

Wenn auch der Process nicht aufzuhalten ist, kann man wenigstens durch frühzeitige Diagnose dem Kranken Verhaltungsmassregeln geben, die ihn vor unnützen Beschwerden schützen. Erb sagt seinen Patienten z. B.: „Lebe so, als wärest Du ein alter Mann, still, regelmässig, ruhig.“ Der Patient vermeide alle Excesse, Gemüthsbewegungen, schroffe Temperaturwechsel, Feuch-

tigkeit, Tabak, Alkohol, schlafe regelmässig und halte sich von sexuelleu Aufregungen ferne. Dieses Alles wird der Patient befolgen, wenn er über den Ernst seiner Krankheit klar ist, glaubt er jedoch, seine Schmerzen rühren von einem Rheumatismus her, dann lebt er wie früher und beschleunigt den Ausbruch der Krankheit.

Zuerst will der Kranke seiner Schmerzen befreit sein. Diese für immer zu beseitigen, sind wir nicht im Stande, doch gibt es Mittel, um sie zu mildern, oder sie für Stunden, Tage, Wochen und selbst für Monate ferne zu halten.

Von internen Mitteln, die bei den berüchtigten blitzartigen Schmerzen am meisten Vertrauen verdienen, sind besonders zwei hervorzuheben: das Antifebrin und das Phenacetin. Beide sind verlässlich, so lange es sich nicht um allzu gehäufte Anfälle handelt. Ich verabreiche das Antifebrin in Dosen zu 0·25, und zwar so, dass ich zu Beginn der Anfälle ein Pulver mit etwas Wein nehmen lasse, 5 bis 10 Minuten später wieder ein solches. Mit Wein gebe ich es deshalb, weil das Antifebrin sich im Magen schwer löst, während es mit Alkohol genommen, leichter löslich ist und daher rascher wirkt. Es genügen in der Regel zwei Pulver täglich. Das Phenacetin wirkt in Dosen von 0·50. Die Wirkung des Letzteren hält nach meinen Aufzeichnungen 5 bis 6 Stunden an. Ich will aber nochmals betonen, die Mittel müssen bei Beginn der Anfälle gereicht werden.

Ein anderes Mittel, das zuweilen Nutzen bringt, ist das von Prof. v. Krafft-Ebing angegebene Elixirium analgeticum, eine Mixtur, die Antipyrin, Coffeïn, eine kleine Dosis Cocaïn enthält und in der Tiger-Apotheke in Wien erhältlich ist. Man verabreicht einen Esslöffel voll der Mixtur mit zwei Löffel Wasser verdünnt bis zu drei Löffel im Tage. Die übrigen Antineuralgica, wie das Antipyrin, Salipyrin, Citrophen, Lactophenin, Pyramidon, Exalgin, das Salol und Natron salicyl. etc. sind unverlässlich, doch kann man sie bei geringerer Schmerzhaftigkeit immerhin versuchen, da sie weniger unangenehme Nebenerscheinungen haben, als Antifebrin und Phenacetin, obzwar ich selten Gelegenheit hatte, bei beiden Intoxicationserscheinungen zu beobachten, wahrscheinlich deshalb, weil meine Kranken die Mittel zur rechten Zeit nahmen und daher keine allzu hohen Dosen brauchten. Manchmal wirkt auch eine 0·50 Dosis Chinin ziemlich prompt. Nicht unversucht bleibe folgende Verordnung:

Rp. Extr. cannabis indic. 0·50
Acid. salicyl. 5·00
M. f. pulv. divide in doses Nr. X.
S. 3 Pulver täglich.

Kommt es zu gehäuften Anfällen, und hat auch Antifebrin und Phenacetin in maximalen Dosen im Stiche gelassen, versuche man Chloralhydrat intern zu verabreichen, oder man lasse den Kranken eine Viertelstunde lang in ein warmes Bad von höchstens 28° R. setzen, dem man noch, um die Wärme länger zusammenzuhalten, etwas Weizenkleie zusetzt. Ist auch dies fruchtlos, gebe man dem Kranken nebst dem Chloralhydrat einige Centigramm Morphium intern, und kommt man auch dann nicht zum Ziele, ist die Morphiuminjection unvermeidlich. Man verschreibe höchstens 0·20 auf 10·00 zur Injection, gebe aber dem Kranken ja nicht die Spritze in die Hand. Die Morphiuminjection soll nur dann an die Reihe kommen, wenn alle anderen Mittel im Stiche gelassen haben. Sind die heftigen Schmerzen einmal gebannt, dann kommt man wieder mit Antifebrin und Phenacetin aus. Ich habe noch keinem Tabetiker die Morphiumspritze zum Selbstgebrauche empfohlen, obzwar ich welche von ihnen ununterbrochen 12 bis 13 Jahre in Behandlung hatte. Bei richtiger Auswahl der Mittel und Schutz des Kranken vor Erkältungen und Durchnässungen, welche meist die Urheber der heftigsten Schmerzattaquen sind, kommt die Morphiumspritze selten an die Reihe. Acquirirt der Tabetiker eine fieberhafte Erkrankung, dann leisten Salipyrin und Antipyrin vorzügliche Dienste gegen die meist dabei heftig auftretenden lancinirenden Schmerzen.

Von externen Mitteln gebe ich dem Ichthyol vor allen anderen entschieden den Vorzug. In neuester Zeit wurde ein Moorpräparat, Ichthyolmoorschlamm genannt, von der Salvatorapotheke in Wien in den Handel gebracht, welcher nebst des wegen seiner schmerzstillenden Wirkung rühmlichst bekannten Ichthyols noch Moorerde in fein vertheiltem Zustande enthält. Dieser Ichthyolmoor wird mit warmem Wasser gekocht, auf 30 bis 35° erwärmt, in Leinwand gehüllt, auf die schmerzhaften Stellen applicirt, mit warmen Tüchern bedeckt und 1 bis 1½ Stunden liegen gelassen. Ichthyol und warmer Moor verursachen alsbald eine lebhafte Circulation im Schmerzgebiete und der Schmerz ist oft in Minuten beseitigt, also eine schätzbare Bereicherung der schmerzstillenden Mittel. Wie bei der Tabes, sind auch die Erfolge

bei chronischen Rheumatismen, chronischen Neuralgien und Exsudaten aller Art mit Ichthyolmoor überraschend. Will man die Wirkung noch erhöhen, lege man ausserdem auf die kranke Stelle eine 30%ige Ichthyolsalbe und der Erfolg bleibt fast nie aus. Er wirkt auch aufsaugend.

Dr. Leydy rühmt Wickelungen mit Flanellbinden. Die Binden werden von den Zehen bis zum mittleren Drittel des Oberschenkels fest umlegt. Desgleichen soll eine fest um den Leib gelegte Binde das Gürtelgefühl des Tabeskranken augenblicklich erleichtern.

Wärme und speciell warme Bäder gehören zu den wichtigsten therapeutischen Massnahmen bei der Tabes. Doch muss vor einer zu grossen Anzahl von Bädern, vor Aufregung durch hohe Temperaturen, starken Salz- und Kohlensäuregehalt gewarnt werden. Die Temperatur richtet sich nach der Jahreszeit, nach der Individualität des Kranken (28—26° R.), desgleichen die Dauer des Bades (5—10—20 Minuten).

Alle bekannten, mannigfachen warmen Bäder werden bei Tabes angewendet, doch ist es wichtig, drei Arten zu unterscheiden:

1. Die indifferenten warmen Bäder ohne Zusatz.
2. Soolbäder.
3. Schwitzbäder.

Die einfachen warmen Bäder eignen sich am meisten im Anfangsstadium der Krankheit, wo Reizerscheinungen (Schmerzen, Zuckungen), leichte Erregbarkeit vorhanden sind. Hier sind auch die Wildbäder (Gastein, Schlangenbad, und besonders Teplitz in Böhmen u. s. w.) indicirt.

Die Soolbäder oder kohlensäurehaltigen Bäder (Rehme, Nauheim, Wiesbaden, Kolberg, Kissingen u. s. w.) eignen sich mehr für Fälle, wo bereits Anästhesie, Muskelschwäche und allgemeiner Torpor besteht. Für solche Kranke sind auch moor- und kohlensäurehaltige Eisenbäder und vor Allem Marienbad und Franzensbad sehr geeignet.

Die Schwitzbäder sind, wenn sie überhaupt versucht werden, wobei ich die grösste Vorsicht empfehle, nur im Beginn der Krankheit anzuwenden, u. zw. nur, wenn die ersten Symptome sich infolge von Erkältungen schnell eingestellt haben. Unvorsichtige Anwendung des kalten Wassers kann schaden, dagegen erweist sich ein vorsichtiger Gebrauch als wohlthuend und nützlich. Geeignet zu hydrotherapeutischen Proceduren ist nur die Sommer-

zeit. Die Hydrotherapie in Anstalten gebraucht, soll mit 26° R. beginnen und höchstens auf 20° R. herabgehen.

Einpackungen, Abreibungen, Sitz- und Fussbäder, Theileinpackungen und Douchen jeder Art, sowie Seebäder sind schädlich. Manche Kranken gehen im heftigsten Schmerze zur Wasserleitung, lassen auf die Schmerzstelle einen kalten Strahl einwirken und behaupten, dass sie nur auf diese Weise den Schmerz zu stillen vermögen. Dies darf nur ausnahmsweise und nur im kritischesten Moment geschehen.

Die elektrische Behandlung darf nicht überschätzt werden, obwohl sie immerhin als ein brauchbares therapeutisches Agens anzuerkennen ist. Im Anfangsstadium behauptet der Kranke wohl, dass er sich nach Gebrauch einiger galvanischer Sitzungen besser fühle. Man lege die Anode in die Nackengegend, die Kathode aufs Kreuzbein. Auch die Galvanisation des Sympathicus soll angeblich von Nutzen sein. Jedenfalls wirkt sie in dieser Zeit psychisch, tröstend und ermuthigend. Einen besonderen Werth möchte ich dem galvanischen Strom ausser bei Magenkrisen, wo er Beruhigung verschafft, nicht zuschreiben. Mehr kann man mit dem faradischen Pinsel leisten. Bei Para- oder Anästhesien sieht man oft nennenswerthe Resultate. Starke Pinselströme vermögen die Anästhesie der Fusssohle zu bessern und wiederholt hatte ich zu beobachten Gelegenheit, dass bei längerem Gebrauche das Gehvermögen sich auffallend besserte.

Zur Suspensionsmethode, die ich wiederholt anwandte, habe ich alles Vertrauen verloren, nachdem ich mich überzeugte, dass diese Behandlungsmethode gar nicht so unbedenklich ist, als sie zuerst schien. Es sind in neuerer Zeit, um üblen Zufällen mit der Motschukowski'schen Methode zu begegnen, eine Reihe anderer Methoden eingeführt worden. Man liess z. B. den Hals- und Achselzug weg. Ferner bestimmten Einige vorerst auf einer drehbaren schiefen Ebene durch stärkere und schwächere Neigung zur Verticalen und Horizontalen die Kraft des Körperzuges, welcher nach Belieben stärker und schwächer gemacht werden kann. Der Apparat stellt entschieden einen Fortschritt dar. Die Besserung ist aber nur eine vorübergehende.

Von Dr. Sprimon wurde ein Apparat angegeben, welcher die Dehnung der Wirbelsäule auch in sitzender Stellung ermöglicht und den Vorzug vor anderen besitzt, dass das dehnende Gewicht nach Belieben abgeändert und allmälig vergrössert

werden kann. Die Dauer kann bei verhältnissmässig geringem Gewicht länger als gewöhnlich ausgedehnt werden.

Meine Erfahrungen gehen dahin, dass man einige Symptome wohl vorübergehend bessern kann, dass aber die Gefahren der Suspension unabsehbar sind, besonders wenn man, wie bei aufsteigenden Processen, bereits cerebrale Reizerscheinungen vor sich hat. Zum Mindesten kann leicht ein synkopaler Zustand eintreten. Eine andere Methode, die angegeben wurde, ist folgende: Patient wird auf einen Tisch gegurtet, die Füsse gestreckt und der Rumpf stark nach vorne geneigt. Es sollen dadurch die Schmerzen gebessert werden.

Kaum eine Art Therapie hat es, seit sie einmal der allgemeinen Beachtung der Praktiker empfohlen wurde, zu so ausgebreiteter Anwendung gebracht und so schnell sich die Gunst der Aerzte erworben, wie die Uebungstherapie bei Behandlung der Tabes dorsalis. Die compensatorische Uebungstherapie nach Frenkel beweist. dass auch unter pathologischen Verhältnissen eine ungeordnete Bewegung mit Hilfe wiederholter und intensiver Willensimpulse coordinirt werden kann. Es soll der Centralapparat dazu erzogen werden, sich mit dem vorhandenen Minimum sensibler Eindrücke zu begnügen, sei es, dass bei dieser Wiedererziehung Anomalien der Leitung überwunden werden, sei es, dass vicariirend neue coordinatorische Einheiten sich bilden, oder dass beide Factoren zusammenwirken. Es werden die Bewegungen durch die unter der Controle des Willens vor sich gehenden Uebungen verbessert, während gleichzeitig das Selbstvertrauen des Patienten geweckt wird. Die Methode der Behandlung der Ataxie ist eine Compensationstherapie und stützt sich auf die Theorie Leyden's, die die tabische Ataxie von Sensibilitätsstörungen herleitet. Ich würde mich der Ansicht vieler Autoren anschliessen, dass bei Tabes hauptsächlich der Muskelsinn gestört ist.

Man geht bei dieser vielbesprochenen Uebungstherapie nach Goldscheider folgendermassen vor: Bei Ataxie der Hände, die seltener vorkommt, lässt man einfache Zeichnungen ausführen, Stoppeln in ein vielfach durchlöchertes Brett stecken, schwingende Kugeln erfassen etc. Es sind das nicht rein mechanische Uebungen, sondern auch die Psyche ist dabei thätig. Der Kranke muss nur in Uebung bleiben, dann ist der Erfolg sicher.

Hat man einen Kranken im paraplektischen Stadium vor sich, wo die Kranken auch gleichzeitig sehr heruntergekommen

sind, so lasse man den Kranken im Bette zuerst Beuge- und Streckbewegungen vornehmen. Die Bettlage entlastet die Beine. Besser noch, man unterstützt den Ober- und Unterschenkel des Kranken mit den Händen oder man hängt das Bein in eine Schlinge, die sowohl den Ober- als auch den Unterschenkel stützt. Diese Schlinge befestige man an einem Galgen, z. B. an einem Fassreifen, den man ins Bett steckt. Manche äquilibriren auch oder bringen einen Flaschenzug an. Ich halte dies nicht für nöthig. Nun lässt man in liegender Stellung mit den Füssen bestimmte Stellen berühren. Man gibt zu diesem Zwecke entweder einen umgekehrten Sessel oder eine kleine Leiter mit weit auseinanderstehenden Sprossen ins Bett. Diese Sprossen zu erreichen soll der Kranke allmälig erlernen.

Anfangs werden die Bewegungen mit offenen, später mit geschlossenen Augen ausgeführt. Der Kranke braucht grosse Erholungspausen, da er bald erschöpft ist. Gut ist eine kräftigende Vorbereitungscur, damit der Kranke den Strapazen der Bewegungstherapie mehr gewachsen ist. Im Anfange kommen auch Krisen vor. Man wartet dann einige Zeit mit der Cur, bis der Kranke sich wieder beruhigt hat, dann beginnt er wieder von Neuem. Tabetiker, die herumgehen und nicht heruntergekommen sind, lässt man auf vorgezeichneten Linien gehen, lässt Fuss vor Fuss setzen, macht den Kranken stets darauf aufmerksam, die Ferse ordentlich zu heben, versucht es auch, den Kranken mit gebeugtem Knie gehen zu lassen. Auch kann man dem Kranken empfehlen, während des Gehens einen kleinen Bogen beschreiben zu lassen. Das Gehen nach rückwärts bringt ebenfalls Nutzen. Es ist auch gut, wenn der Kranke etwas affectirt geht. Ferner möge das Kniebeugen geübt werden, dabei kann der Kranke sich stützen. Das Gehen auf vorgezeichneter Spirale ist ebenfalls von Nutzen, doch für den Kranken schwierig. Beim herumgehenden Kranken lässt man mit den Füssen bestimmte bezeichnete Stellen berühren, um Treffübungen mit ihm zu machen. Auch Apparate sind zu diesem Zwecke angefertigt worden, wie die Laufbahn, in welcher der Kranke über Hindernisse hinweg muss. Jeder Arzt wird selbst solche Uebungen für seinen Kranken zusammenstellen können, nur mache ich auf zwei Dinge aufmerksam. Man halte sich stets vor Augen, dass man den Kranken nicht zu sehr ermüden darf, setze mit den Uebungen früher aus, bevor der Kranke noch über Müdigkeit klagt, ferner setze man die Cur

Monate lang fort, ja wenn man dauernden Erfolg haben will, empfehle man den Kranken, das ganze Leben hindurch solche Uebungen mässig durchzuführen. Energische Menschen corrigiren selber. Beweis dafür ist meine Beobachtung, dass Officiere weitaus später ataktisch werden, da sie schon beruflich viel auf Haltung sehen müssten. Contraindicirt ist die Bewegungstherapie bei Organleiden, Gelenksleiden, Knochenbrüchigkeit, Blindheit, psychischen Störungen und bei spinaler Meningitis.

Von äusseren Mitteln nebst dem Ichthyol und den Ichthyol-Moor-Packungen, zu welchen ich, wie schon oben bemerkt, am meisten Vertrauen habe und besonders zu letzteren, wenn vom Kranken Wärme verlangt wird, empfahl man auch Derivantien. Diese kommen nur bei Rückenschmerzen, Gürtelgefühle und gastrischen Krisen in Frage. Das Ferrum candens, Pointes de feu, halte ich für barbarische und vollkommen überflüssige Eingriffe. Was man mit diesen Mittteln erreicht, erreicht man auch mit Jodeinpinselungen und dem faradischen Pinsel.

Auf die hyperästhetischen Stellen lege man Compressen mit Chloroform oder Aether. Oft nützen in solchen Fällen Einreibungen mit Chloroform, Veratrin oder Menthol. Vesicantien kann man versuchen.

Von Massage und Gymnastik als solche habe ich keinen besonderen Nutzen gesehen, ja es gibt eine Reihe von Kranken, bei denen sich unter Anwendung dieser Mittel die Schmerzen steigern und dabei klagen sie sehr über Mattigkeit.

Die Hessing'sche Corsetbehandlung, die die nur minutenlange Suspensionsbehandlung ersetzen soll, besteht darin, dass der Kranke ein Stoffcorset trägt, das genau angepasst ist, womit bezweckt werden soll, dass die Wirbelsäule wochen- und monatelang auf diese Weise gestreckt werde. Jedenfalls kann man mit dieser Methode einen besseren Halt im Rücken erzielen, was dem Kranken sehr angenehm ist.

Bei Arthropathien der Tabetiker sind Ruhe, Druckverbände, Massage, passive Bewegungen, wenn nöthig, Punctur am Platze.

Gegen den Sehnervenschwund sind wir machtlos. Versucht kann im Anfang die Elektricität werden. Es scheint manchmal ein kleiner Stillstand einzutreten.

Bei Obstipationen womöglich keine internen Mittel. Am besten Diät, viel Gemüse und Kartoffel, Zittermassage am Bauche, Faradisation. Am besten Klysmen.

Gegen Blasenstörungen Elektricität, aber ja nicht intravesiculär. Von internen Mitteln benützt man Secale oft mit grossem Nutzen. Man gibt es in Pillen zu 0·10 drei bis vier täglich. Weniger verlässlich ist das Strychnin. Oft nützt die Entleerung der Blase mittelst manuellem Druck.

Bei Para- und Anästhesien gibt es nur ein sicheres Mittel, das den Zustand bessert; das ist der faradische Pinsel. Auch Frottiren der Haut mit rauhen Tüchern, mit Bürsten oder Druck mit der Hand oder schweren Platten erleichtern oft das unangenehme Gefühl der Parästhesien.

Bei Magenkrisen sind absolute Ruhe, strenge Diät, manchmal vollständige Nahrungsentziehung, Nährklystiere, warme Bäder, Galvanisation oder faradische Pinselung des Magens am Platze. Intern bewährt sich in der Regel folgende Präscription:

Rp. Natr. bromat.
Kal. bromat. } āā 3·00
Morphii mur. 0·02
Aq. dest. 180·—
Syrup simpl. 20·—
S. Zweistündlich ein Esslöffel voll.

Auch einige Centigramm Belladonna kann man hinzufügen.

Bei Larynxkrisen Inhalationen von Aether, Chloroform, Cocaïnpinselungen, Galvanisation des Vagus, des Sympathicus oder des Halsmarkes.

Bei Ano-Vesical-, Klitoris- und Peniskrisen bewähren sich am besten warme Bäder und Antifebrin in Dosen von 0·25 innerhalb einer 1/2 Stunde zu Beginn der Anfälle. Die Zahl der internen Mittel, die gleichsam als Specifica empfohlen wurden, ist Legion. Alle sind sie aber werthlos. Ein erfahrener Nervenarzt wird sie nicht mehr anwenden. Dazu gehören, unter anderen: Argent. nitr., Phosphor, Arsen, Strychnin, Spermin, „Poehl", in neuerer Zeit Hammelhirnextract. Auch die Injectionen mit Testikelsaft sind werthlos.

Auch Pharynxkrisen, Spasmen, Globus kommen vorübergehend vor, alle diese Zustände lassen sich mit Wärme und Brom beseitigen. Auch Zahnausfall beobachtet man zuweilen.

Die Kranken haben oft eine solche Anästhesie im Quintusgebiet, dass sie keine Ahnung von der Sperrweite ihres Mundes haben, so dass ihnen die Speisen herausfallen. Am besten ist hier energische faradische Pinselung und Essen vor dem Spiegel.

Bei Ataxia glosso-pharyngea ist eine Uebungstherapie von grossem Vortheil.

Gegen die manchmal vorkommenden Spontanfracturen infolge Knochenveränderungen lässt sich nicht vorbeugen.

Die Gehörstörungen sind meist vorübergehend, bessern sich in der Regel von selbst.

Ich will nur zum Schlusse noch Einiges erwähnen. Auch mit Muskelatrophie und Basedow combinirt sich die Tabes. Ebenso findet man zuweilen bei Hysterischen eine Pseudotabes, bei diesen schwinden die Erscheinungen bald wieder. Auch nach Influenza und Diphtherie und Alkoholismus sieht man Pseudotabes. Sie geben alle eine gute Prognose.

Quoad prognosim sei man vorsichtig. Ich sah schon Kranke mit ausgesprochenen Tabessymptomen, hochgradig ataktisch, bei denen eine ungünstige Prognose gestellt werden musste, nach Ablauf eines Jahres ohne Stock gehen, ja einen meiner Kranken sah ich, zu meiner Ueberraschung, einem Tramwaywagen nacheilen, den er während des Fahrens ohne viel Mühe bestieg. Es war dies ein Fall von Pseudotabes nach Influenza. Man erforsche daher immer genau, ob die Tabes nicht nach Influenza, Diphtherie auftrat, ob der Kranke nicht Alkoholiker ist, denn in solchen Fällen ist die Prognose weitaus günstiger.

Ueber die Dauer des Leidens spreche man sich sehr reservirt aus. Ich sah Kranke im paralytischen Stadium, die trotz schwerer Blasensymptome und Decubitus noch eine Reihe von Jahren fortlebten, konnte aber anderseits bei frischen Fällen beobachten, dass ein Kranker mit tags vorher normaler Psyche am nächsten Tage mit ausgesprochener Gehirnparalyse vor mir stand, Grössenideen äusserte, und in einigen Tagen einem grösseren apoplektischen Insulte erlag.

REFERATE.

Interne Medicin.

Anweisung zur Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure.

Von Dr. A. Landerer.

Die wichtigsten Punkte der Zimmtsäurebehandlung sind: 1. Die Herbeiführung allgemeiner Leukocytose. 2. Die Erzie-

lung einer aseptischen Entzündung um die Tuberkelherde, die zur Umwallung und Durchwaschung des Tuberkels erst mit Leukocyten, dann mit jungem Bindegewebe und jungen Gefässen, weiterhin zur bindegewebigen Abkapselung, zur Aufsaugung der käsigen Massen, schliesslich zur narbigen Schrumpfung sowie zur interstitiellen Pneumonie führt. Die histologischen Vorgänge, die die Zimmtsäure an tuberculösen Processen hervorruft, sind ganz dieselben, wie man sie auch bei der Naturheilung tuberculöser Processe beobachtet; nur sind die durch die Zimmtsäure hervorgerufenen lebhafter und energischer. Die Zimmtsäure wirkt nicht immunisirend; das Wahrscheinlichste ist, dass sie in der Art eines Alexins (Schutzstoffs) wirkt oder vielleicht eines Antikörpers, so dass die Gifte der Tuberkelbacillen mit den zimmtsauren Salzen sich zu ungiftigen Körpern verbinden.

Verwendet wird eine 1%ige und 5%ige Lösung von zimmtsaurem Natron — Hetol — in Wasser oder 0·7%iger Kochsalzlösung. Die Lösung soll filtrirt und ganz klar sein und neutral oder ganz schwach alkalisch reagiren. Saure Lösungen sind zu verwerfen. Nur das synthetisch hergestellte chemisch reine Hetol ist brauchbar. Die Lösung ist täglich vor dem Gebrauch 5 Minuten lang im Wasserbad zu sterilisiren. Injicirt wird in die Venen der Ellbeuge oder die V. cephalica. Die glutäale Injection wird ausgeführt, wie die glutäalen Injectionen von Quecksilbersalzen; man wählt am besten die oberen und hinteren Partien des Gesässes, wo dickes Fleisch zu fühlen ist, vermeidet die Gegend des Ischiadicus und der Vasa glutaea.

Anfänger sollen nur uncomplicirte Tuberculosen in Behandlung nehmen, d. h. fieberlose Fälle (gelegentliche Steigerungen über 38° schaden nichts), ohne wesentliche Zerstörungen.

Entsprechend der pathologischen Anatomie soll mit kleinen Dosen angefangen werden. Erst wenn die Leukocyten- und Bindegewebsringe, die die Tuberkelherde abschliessen sollen, gebildet sind (4.—6. Woche), sind grössere Dosen erlaubt. Durch sofortige grosse Dosen könnte eine so mächtige seröse Durchspülung der nekrotischen Massen herbeigeführt werden, dass lebende Tuberkelbacillen in die Circulation mitgerissen werden (Miliartuberculose). Bei uncomplicirten, nicht zu vorgeschrittenen Fällen von Lungentuberculose beginnt man bei der intravenösen Injection, mit 1 mg (= 1 Theilstrich der Pravaz'schen Spritze bei 1%iger Lösung) und steigt von Mal zu Mal um

0·5 mg (bis 1 mg). Injicirt wird jeden zweiten Tag, oder auch 3mal wöchentlich. Als Durchschnittsdosis, über die man meist nicht hinausgeht, ist bei Männern etwa 15—20 mg anzusehen, bei Frauen und Mädchen etwa 10—15 mg. Ueber 25 mg Hetol soll nicht ohne bestimmte Indication hinausgegangen werden. Ist man bei 9 mg Hetol angekommen, so geht man von der 1%igen zu der 5%igen Lösung über; 1 Theilstrich = 5 mg. Temperatursteigerung darf nach der Hetolinjection nicht eintreten. Tritt sie ein, so war die Dosis zu hoch. Es sollen überhaupt keine besonderen Erscheinungen eintreten. Die Nachtschweisse lassen oft schon nach der 4.—5. Injection nach und häufig tritt schon um diese Zeit ein subjectives Gefühl der Besserung bei den Patienten ein. Gewichtszunahme ist ebenfalls oft schon von der 3.—4. Woche an zu constatiren. Der Auswurf soll von der 5.—6. Woche allmälig abnehmen. Wo nicht Cavernen vorhanden sind, pflegt der Bacillengehalt des Auswurfs von der 4.—6. Woche an abzunehmen. In der 4.—6. Woche pflegt der Auswurf mitunter weniger leicht sich zu lösen; es stellt sich bisweilen ein trockener und dadurch oft quälender Auswurf ein. Etwas Codeïn oder Aq. amygdal., ein Priessnitz-Umschlag bringt Erleichterung. Um diese Zeit werden auch die Rasselgeräusche auf den Lungen trockener und spärlicher. Die Dämpfungen verkleinern sich, hellen sich auf, verschwinden aber nicht völlig, da an die Stelle der luftleeren Infiltrate luftleere Schrumpfungen und Narben treten. Die Behandlung soll fortgesetzt werden, bis Bacillengehalt des Auswurfs und Geräusche auf den Lungen seit 4 Wochen verschwunden sind. Bei nicht zu vorgeschrittenen Fällen ist dies meist etwa Ende des 3. Monats erreicht.

Bei ambulatorischer Behandlung ist die $1\frac{1}{2}$fache bis doppelte Zeit zu rechnen, ebenso bei glutäaler Injection. Die Dosen bei glutäaler Injection sind ungefähr die gleichen, wie bei intravenöser Injection; können jedoch auch ohne Schaden $\frac{1}{3}$ bis $\frac{1}{2}$ höher gewählt werden, als bei der intravenösen Injection. Es wird ebenso oft injicirt.

Nach einer grösseren Lungenblutung soll mindestens 14 Tage gewartet werden, mindestens soll der Auswurf 8 Tage völlig blutfrei sein. Hier ist die Dosis niedrig zu wählen (0·5 mg), es soll höchstens alle Woche um 0·5—1 mg gestiegen und überhaupt 5—6 Wochen lang nicht über 5 mg gegangen werden. Dasselbe

gilt für Fälle, wo constant leicht bluthaltiger Auswurf vorhanden ist. Das Vorhandensein von Rippenfellentzündung, trocken oder mit Exsudat, beeinflusst die Behandlung nicht, so lange keine hohen Temperaturen (über 38·5°) eintreten. Bei Eintritt höheren Fiebers (39°) — pneumonische Attaquen — setzt man mit der Injection aus bis zum Abfall der Temperatur oder bis die Temperatur sich annähernd um 38° hält. Fälle mit Cavernen, aber ohne Fieber (Max. 38·2°), können gleichfalls noch Gegenstand ambulatorischer Behandlung sein. Hier ist sehr langsam zu steigen. Die Behandlung hat hier mindestens 6 Monate zu dauern.

Von Kehlkopftuberculosen eignen sich die fieberlosen Fälle zur Behandlung im Privathause. Die Dosirung ist im Wesentlichen die gleiche, wie bei Lungentuberculose; ist die Lunge nur wenig ergriffen und das Allgemeinbefinden noch ein gutes, so kann man zu höheren Dosen — 25 mg — ansteigen. Oertlich sind Einblasungen mit Hetokresol oder auch Pinselungen mit Hetokresoläther (10%, wenig schmerzhaft, Cocaïn kaum nöthig) dienlich. Fieberhafte Fälle von Kehlkopftuberculose gehören in Sanatorien.

Unterleibstuberculosen sind, wenn die Entkräftung nicht zu weit vorgeschritten ist, ein sehr dankbares Feld für die Zimmtsäurebehandlung, sowohl die tuberculösen Unterleibsentzündungen, als auch die Darmtuberculosen. Selbst hohes Fieber trübt hier die Prognose weniger, als bei Lungentuberculose. Tuberculose der Nieren und der Blase geben nur in sehr frühen Stadien noch Aussicht auf Erfolg. Tuberculose der Geschlechtsorgane gibt dann noch eine gute Prognose, wenn die inneren Organe, besonders die Nieren, noch nicht zu eingreifend verändert sind. Tuberculose der Lymphdrüsen ist ein sehr dankbares Feld für die Hetolbehandlung. Von chirurgischen Tuberculosen eignen sich für die Privatbehandlung die nicht vereiterten besser. Lupöse Flächen und Flächen mit Scrofuloderma werden am besten abgekratzt und mit Hetokresol eingerieben, später mit 10%igem Hetokresoläther besprüht. Kleinere Flächen werden — in jedes Knötchen etwa ein Tropfen — mit einer 10%igen Hetokresolätherlösung etwa alle 8 Tage injicirt. — (Verlag von F. C. W. Vogel. Leipzig 1899.)

Meide übermässiges Fett bei Diabetes. Von Dr. Felix v. Oefele.

Vf. hat schon früher darauf hingewiesen, dass ein grosser

Theil der Diabetesfälle durch entsprechende Untersuchungsmethoden auf Pankreaserkrankungen intra vitam zurückgeführt werden könne und dass diese Pankreaserkrankungen sogar theilweise als Fettdegeneration, Steinbildung, Neoplasma etc. etc. specificirt werden können. Er hat in Neuenahr bei den behandelten Diabetikern (bisher 57) eine grössere Reihe von chemischen Fäcesuntersuchungen ausführen lassen, aus welchen Dr. Kretzer nun folgende Schlüsse zieht: Vor Allem scheint der Kräftezustand der Diabetiker mehr von der Höhe der Fettverschwendung durch die Fäces als von der Zuckerverschwendung durch den Urin abzuhängen. Vf. beobachtete manche körperlich leistungsfähige Diabetiker mit 3 und 4% Zucker und manchen Diabetiker mit ½ oder ¼%, welcher von fünf Minuten Bewegung in der Ebene ermüdete. Dagegen geht der Verlust an ungespaltenen Fetten viel sicherer parallel zum Verfall der Körperkräfte. Diabetiker mit 4—10% circa ungespaltener Fette in den Fäces fühlen sich relativ kräftig. Dagegen sind schon 10—13% von einem Kräfteverfall begleitet, während 13—16% hoher Entkräftung entsprechen. Zahlen über 16% sind exceptionell nur bei forcirter Fettmast und Verwendung pflanzlicher Fette, auch Margarine, aufgetreten. Mit diesen ungespaltenen Fetten geht auch immer ein mehr oder minder grosser Procentsatz an gespaltenen Fetten verloren und auch vom Fett eingehüllte nicht ausgenützte Albumine. Es darf hiernach der Verlust der Diabetiker als Pankreaskranke durch den Darm nicht vernachlässigt werden und es ist vor dem theoretisch schematischen Ersatz der Kohlehydrate durch Fette in der Nahrung der Diabetiker zu warnen. Eine forcirte Fettnahrung wird unter Umständen ganz eminent weniger ausgenützt, als eine Kohlehydratnahrung. In geeigneten Fällen unterstützt Vf. seine Diabetesbehandlung mit internen Gaben von Sapo medicatus in Salol- oder Keratinüberzug. Vor Forcirung der Fetternährung ist zu warnen. — (Zeitschr. f. Krankenpfl., Juli 1899.)

Ueber die Heilwirkung des Thiocol-„Roche“. Von E. de Renzi und G. Boeri. (Aus der Klinik des Prof. Renzi in Neapel.)

Das Thiocol-„Roche“ ist das Kalisalz der Sulfoguajacolsäure und enthält circa 52% Guajacol. Es ist ein weisses, mikrokrystallinisches Pulver, es erzeugt auf der Zunge zunächst einen leicht bitteren, durchaus nicht unangenehmen Geschmack, der bald schwindet, sobald das Pulver vom Speichel gelöst ist.

Das Thiocol ist vollständig geruchlos, löst sich in vier Theilen kalten und in einem Theil warmen Wassers. Das Sirolin ist eine Lösung von Thiocol in Orangensyrup, die so titrirt ist, dass ein Esslöffel Sirolin 1 g Thiocol, resp. 0·52 g krystallisirtes Guajacol und ein Kaffeelöffel 0·33 g Thiocol = 0·20 g Guajacol enthält.

Es wurden an der Klinik mit Thiocol, resp. Sirolin 25 Kranke behandelt, darunter eine an chronischer nicht tuberculöser Broncho-Alveolitis und 24 (15 Männer und 9 Frauen), die an Lungentuberculose in verschiedenen Stadien litten.

Vff. ziehen aus ihren Beobachtungen folgende Schlüsse:

1. Thiocol und Sirolin werden nicht nur gut vertragen und resorbirt, da sie wegen ihrer Löslichkeit und Reizlosigkeit leicht zu verabreichen sind, sondern sie werden auch von den Kranken wegen der Geruchlosigkeit und des nicht unangenehmen Geschmackes gern genommen. Das Sirolin hat sogar einen angenehmen Geschmack.

2. Das Thiocol wird in Dosen von 0·50 und in Tagesmengen von 2 bis 4 g (in Oblaten) ohne jeden Nachtheil gebraucht. Die passendste Dosirung ist 1·5 bis 2 g täglich. Das Sirolin kann in Tagesmengen von 1 bis 5 Theelöffel gegeben werden.

3. Diese Präparate üben einen wohlthätigen Einfluss auf den Verlauf der Lungentuberculose aus, da sie die Ernährung und den Kräftezustand heben, die Temperatur sowie die Menge des Sputums und der Bacillen herabsetzen, die Harnmenge erhöhen, die Athmungscapacität und den Blutdruck bessern etc.

4. Sie steigern die organischen Oxydationen, wie aus der Abnahme der täglichen Menge Harnsäure vor und während der Behandlung hervorgeht.

5. Die Abnahme des Hustens und des Bronchialsecrets, die Erhöhung der Athmungscapacität, die Besserung der Ernährung und des Kräftezustandes rechtfertigen den Gebrauch dieses Mittels auch bei anderen nicht tuberculösen Affectionen der Bronchien und Lungen. Den Beweis hiefür liefert der Fall von nicht tuberculöser Broncho-Alveolitis chronica, bei dem das Fieber rasch verschwand, Husten und Auswurf abnahmen und das Allgemeinbefinden sich bald besserte.

6. Sobald unter dem Gebrauch von Sirolin und namentlich von Thiocol Diarrhöen auftreten, braucht man nur gleichzeitig

Tannigen oder ein anderes Adstringens zu verabreichen, um diese Complication bald zum Schwinden zu bringen.

7. Thiocol und Sirolin können daher mit Nutzen bei tuberculösen und nicht tuberculösen Erkrankungen der Lunge gebraucht werden und bieten eine wirksame Unterstützung der anderen Heilverfahren gegen Tuberculose. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32, 1899.)

Hämogallol und Hämol in der Praxis. Von Dr. Alkonis.

Vf. hat mit den bezeichneten Präparaten eine grosse Anzahl von Fällen behandelt, den vorliegenden Ausführungen liegen jedoch nur 600 Fälle zu Grunde, welche er genauer verfolgen konnte. Vf. hat dem Hämogallol vor dem Hämol den Vorzug gegeben: während er 495 genau beobachtete Hämagollolfälle besitzt, beschränken sich seine analogen Hämolfälle auf 105. Die Wirkung des Hämols ist zwar eine meistens sehr gute, doch scheint es, dass das Hämol die Obstipation bei einigen Chlorotischen und Anämischen etwas steigert; ausserdem wurde Hämogallol unzweifelhaft besser vom Magen vertragen, als Hämol; deshalb ging Vf. schliesslich ganz zu Hämogallol über. Die eclatantesten Erfolge der Hämogallolwirkung hat Vf. bei der Chlorose und bei Anämien nach Blutverlust und acuten Krankheiten erzielt. Die Patienten fühlten sich mit jedem Tage besser, bekamen Appetit und wurden bald vom Schwindel-, Schwäche- und Herzklopfengefühl befreit. Am dankbarsten waren die Patienten mit den anämischen Kopfschmerzen. Bei latenter Phthise hat Vf. ausnahmslos Appetitsteigerung, Kräftezunahme, Schwund aller anämischen Symptome und gebesserte Gemüthsstimmung beobachtet, bisweilen auch Besserung der Lungensymptome.

Bei Neurasthenie hat Vf. ebenfalls sehr gute Resultate zu verzeichnen, obgleich diese nicht so dauerhaft zu sein pflegten, wie bei anderen Krankheiten. In einer Anzahl von Fällen, die dem Onanismus fröhnende junge Leute betrafen und in denen es sich um Neurasthenie mit unausgesprochenen anämischen Symptomen handelte, wurde weder von Hämogallol, noch von irgend einem anderen Mittel irgend eine Wirkung gesehen. Magen- und Darmstörungen der verschiedensten Art, falls sie mit Anämie complicirt waren, wurden ebenfalls mit gutem Erfolg mit Hämogallol behandelt.

Was die Verordnungsweise anbetrifft, so hat Vf. in allen Fällen von beginnender Lungentuberculose, von Anämie, compli-

cirter Neurasthenie und Tuberculose, und zuletzt auch in Fällen, in denen überhaupt eine möglichst rasche Wirkung erwünscht war, mit Vorliebe Arsenik-Hämogallolpillen verschrieben. Als Pillenvehikelmasse ist stets Mucilag. gummi arabic. mit Sacchar. alb. zu gleichen Theilen zu verschreiben. Sehr oft hat Vf. zu Hämogallolpillen und Hämogallolpulvern Extractum strychn. hinzugefügt, als appetiterregendes und als tonisirendes Mittel. In der Armenpraxis hat Vf. ausnahmslos reines Hämogallol in ungetheilter Masse zu 10 — 15 g verschrieben und davon messerspitzenweise nehmen lassen.

Manche Patienten klagten über unangenehmen Geruch und Geschmack des Präparats. Auf Anfrage bei Merck erhielt Vf. die Antwort, dass es vielleicht in der Natur des Präparates liege, dass es mit der Zeit nach dem Oeffnen der Originalgläser unter Umständen Geruch und unangenehmen Geschmack annehmen kann.

Zum Schlusse macht Vf. einen Vergleich zwischen Hämogallol, bezw. Hämol und den anderen Präparaten. Da die beiden erstgenannten Präparate dem Hämatin nahe stehen, so brauchen sie nur verhältnissmässig geringe Mengen Eisen zu enthalten, um als Material für den Neuaufbau von Hämoglobin dienen zu können. Durch die gewöhnlich verabfolgten Dosen werden nun mit dem Hämogallol, bezw. Hämol dem Organismus 5 — 10 mg Eisen täglich zugeführt, während man von den anderen Eisenpräparaten das 100fache dazu braucht, und doch ist die Wirkung des Hämogallols, bezw. Hämols nicht nur eine äquivalente, sondern oft sogar eine viel bessere und raschere. Das kann eben nur dadurch erklärt werden, dass die beiden Präparate bei geeigneten Patienten direct assimilationsfähig und wahre Blutbildner sind. — (Aerztl. Monatsschr.; Deutsche Med.-Ztg. Nr. 78, 1899.)

Klinische Erfahrungen mit Heroin. Von Dr. Franz Meyer. (Aus dem städt. Krankenhause am Urban in Berlin. Abtheilung Stadelmann.)

Es wurden 47 Fälle mit Heroin behandelt: 17 Fälle Phthisis pulmonum, 1 Laryngitis tuberculosa, 4 Emphysema pulmonum mit Asthma, 1 Laryngitis acuta, 3 Pneumonien, 1 Pleuritis, 7 Fälle mit Herzaffectionen, 5 Fälle mit Beschwerden des Verdauungstractus, 6 Fälle mit rheumatischen, resp. neuralgischen Schmerzen. Das Mittel wurde innerlich in Form von Pulvern

oder in Lösung gegeben, oder subcutan injicirt. Die Anfangsdosis betrug in der Regel 3 mg, öfter auch 5 mg. Die höchste Einzeldosis war 5 mg, ein einziges Mal 6 mg. Die höchste Tagesdosis betrug, innerlich angewandt, 0·025 g, subcutan 0·02 g.

Während bei der grössten Zahl der Fälle (in 31 Fällen) eine vorzügliche Wirkung des Mittels beobachtet wurde, hat es in einer ganzen Reihe von Fällen (14 Fälle) gänzlich im Stiche gelassen, selbst bei Fällen, wo die Athemnoth als Hauptsymptom hervorgetreten war. In zwei Fällen war die Wirkung zweifelhaft. Wo das Mittel versagte, hat Morphium, allerdings in grösseren Dosen als Heroin, fast stets den gewünschten Erfolg gehabt.

In der Regel trat die Wirkung des Mittels etwa eine halbe Stunde nach Verabfolgung auf, bei einigen Patienten schon nach 10 Minuten, jedenfalls wirkte die subcutane Injection stets prompter und intensiver als die innerlichen Gaben. Die Wirkung des Mittels ist im Wesentlichen eine subjective, an Stelle der Athemnoth tritt das Gefühl der Beruhigung, die Patienten werden müde, bei einigen tritt ruhiger Schlaf schon nach 10 Minuten ein, die Schmerzen lassen nach. Aber auch objectiv liess sich in den günstigen Fällen immer eine Verlangsamung der Athmung feststellen. Die Wirkung war nach 1 bis 2 Stunden am deutlichsten. Ein Einfluss auf die Herzaction, den Puls, konnte nicht bemerkt werden, nur ging mit der Zahl der Athmungen manchmal auch die Zahl des Pulses herunter. Am frappantesten war die Wirkung stets bei solchen Patienten, welche eben noch von heftiger Dyspnoë gequält und erregt waren und bei welchen bald nach Einnehmen, resp. Injection des Mittels Beruhigung und geradezu ein Gefühl von Wohlbehagen eintrat. Bei manchen Patienten reichte eine einmalige Dosis für den ganzen Tag oder die ganze Nacht aus, andere verspürten nach $1\frac{1}{2}$ bis 2 Stunden keine Wirkung mehr. In drei Fällen mit Cheyne-Stokes-Athem wurde das Mittel wiederholt angewandt, ohne den Charakter der Athmung nach einer Seite hin wesentlich zu beeinflussen, Apnoë und Dyspnoë blieben an Dauer und Intensität im Ganzen unverändert. Eine üble Nebenwirkung des Medicaments wurde kaum beobachtet. Nur einzelne Patienten klagten bei Dosen von 5 mg (subcutan), einer sogar nach 3 mg (subcutan), bald nach der Injection über Schwindelgefühl oder Betäubtsein, die Einzeldosis von 6 mg wurde niemals überschritten. Eine Angewöhnung an das Mittel trat insofern

ein, als nach längerem Gebrauch die Kraft der einzelnen Dosis sich abschwächte und durch eine höhere ersetzt werden musste. Eine Gewöhnung an das Mittel in dem Sinne des Morphinismus konnte bis jetzt bei keinem Falle beobachtet werden, obwohl einzelne Patienten wochenlang mit Heroin behandelt worden sind. Vf. kommt nach seinen Beobachtungen zu folgenden Schlüssen: In Fällen von Dyspnoë, bei quälendem Hustenreiz ist das häufig frappant wirkende Heroin in kleinen Dosen (3 mg bis 5 mg am besten subcutan) entschieden zu empfehlen, wohl auch in solchen Fällen von Schmerzen und Schlaflosigkeit zu versuchen, wo Morphium noch vermieden werden soll. — (Deutsche Aerzte-Ztg. Nr. 11, 1899.)

Zur Therapie der Ischias. Von A. Eulenburg.

Die Behandlung der Ischias unterscheidet sich insofern zu ihrem Vortheil von der der meisten anderen Neuralgien, als sie der causalen Therapie im Ganzen grösseren Spielraum gewährt und, wegen des überwiegend peripherischen Krankheitsursprunges, der Localbehandlung ausgedehntere Verwendung und günstigere Aussicht in zahlreichen Fällen eröffnet. Die causale Therapie der Ischias muss zunächst häufig auf eine Beseitigung vorhandener mechanischer Schädlichkeiten Bedacht nehmen. Diese Indication kann zuweilen, wenn Neurome, Pseudoneurome, paraneurale Geschwülste die Wurzeln des Sacralplexus, diesen selbst, den Hauptstamm des Ischiadicus oder seine Theiläste reizen und comprimiren, ein operatives Eingreifen erfordern. In den zahlreichen Fällen, wo eine mit abdominellen Störungen verbundene abnorme Füllung der Beckenvenen oder Varicositäten derselben der Ischias zu Grunde liegen, ist ausser einer angemessenen Diät, die unter Umständen zeitweise vegetarischer Natur sein kann, zuweilen die Application örtlicher Blutentziehungen erforderlich, die in geeigneten Intervallen wiederholt werden muss. Am zweckmässigsten ist in derartigen Fällen die Anwendung von Blutegeln, theils am Anus, theils in der Gegend der Incis. ischiadica major, oder auch von Schröpfköpfen in derselben Region. Ausser den örtlichen Blutentziehungen, Abführmittel, namentlich der längere Fortgebrauch gelinder Purganzen, das Trinken der Bitterwässer von Friedrichshall oder der glaubersalzhaltigen alkalisch-salinischen Wässer von Karlsbad, Marienbad, Elster, Tarasp, Franzensbad u. s. w. Eine Trinkcur an den angeführten Orten ist oft von unvergleichlicher Wirkung. In den

Fällen, wo Ischias durch hartnäckige und habituelle Verstopfung besteht, empfehlen sich die dagegen gebräuchlichen Behandlungsweisen, Darminfusionen mit Wasser oder Oel, kalte Mastdarmirrigationen, Sitzbäder und nöthigenfalls stärkere, selbst drastische Ekkoprotica (Ol. Ricini, Ol. Crotonis). Zweckmässig ist, wenn möglich, der Gebrauch von Leibmassage und nöthigenfalls auch von Elektrisation damit zu verbinden. Ischias im Gefolge von Gonorrhöe, Syphilis, Gicht, Diabetes melitus u. s. w. ist nach den durch die Grundleiden gebotenen Indicationen causal zu behandeln. Das Gleiche gilt auch für die toxischen alkoholistischen, saturninen, mercuriellen Ischialgien. Daneben muss oft eine symptomatische Localbehandlung eingeleitet werden.

Die Ischias als solche erfordert, namentlich in frischen Fällen und bei grosser Schmerzhaftigkeit, vor allen Dingen Bettruhe. Bei frischen und durch grosse Schmerzhaftigkeit ausgezeichneten Fällen neuritischer Ischias Wärmeapplication in Form von Umschlägen, Fomenten, Packungen u. s. w. (für längere Wärmeanwendung die Thermophor-Compressen), dann subcutane Injectionen von 2% Carbolsäure, denen man je nach Umständen auch etwas Morphium (½—1%) zusetzt. Die Injectionsdosis beträgt für gewöhnlich 1·0; die Injectionen sind in der Regel täglich, nöthigenfalls selbst mehrmals am Tage zu wiederholen. Sie sind an den schmerzhaften Stellen, besonders an den Austrittsstellen der Plexuswurzeln in der Nähe der Foramina sacralia, ferner in der Nähe der Incis. ischiadica major, und je nach Bedarf an anderen oberflächlichen Stellen des Nervenverlaufes vorzunehmen, und mit einer nicht zu kurzen Nadel möglichst tief zu richten, um die Flüssigkeit womöglich in die unmittelbare Umgebung der Nerven zu infundiren. In ähnlicher Art sind auch die Osmiumsäure-Injectionen vorzunehmen (0·3—0·5 einer 1%igen Lösung; in zwei- bis dreitägigen Intervallen); sie erheischen in der Ausführung eine gewisse Vorsicht. In besonders schlimmen Fällen einzelne Cocaïninjectionen (0·5—1·0 einer 2—4%igen Lösung) an den schmerzempfindlichsten Stellen, und zur allgemeinen Beruhigung einige subcutane Injectionen mit Morphium oder dessen neueren Ersatzmitteln (Heroin, Dionin). Die subutanen Antipyrininjectionen hat Vf. wegen ihrer grossen Schmerzhaftigkeit bei gleichzeitiger Unzuverlässigkeit der Wirkung fast ganz aufgegeben.

Die Elektrotherapie kommt in ihren verschiedenen Hauptformen (Faradisation, Galvanisation, Franklinisation) local zur

Verwendung. Die Faradisation nur in Gestalt der Pinselung, die man an den Schmerzstellen, am Austritt und im Verlaufe des Nervenstammes successiv vornimmt. Die Wirkung ist zumeist nur temporär schmerzstillend. Einen erheblich grösseren und vielfach curativen Effect hat der constante Strom in seinen passend gewählten (peripherischen) Applicationsweisen. Man bedient sich am häufigsten eines stabilen absteigenden Stromes, von den Plexusaustrittsstellen zu mehr distalen Stellen des Nervenverlaufes, bis zur Fusssohle abwärts. Als positive Elektrode dient eine ziemlich grosse (100 cm^2) biegsame Bleiplatte, die im Lumbosacraltheil der Wirbelsäule, besonders den oberen Kreuzbeinlöchern entsprechend und seitlich daneben angelegt wird. Die negative Elektrode, mindestens von derselben Querschnittgrösse, kommt in die Gegend der Incis. major, dann weiter abwärts an Oberschenkel, Kniekehle, Unterschenkel und Fuss. Man kann auch die Kathode in Form einer grossen biegsamen Metallplatte mit wohl durchfeuchtetem Ueberzug auf die Fussohle appliciren, oder noch besser, den Fuss in ein mit warmem Wasser oder schwacher Salzlösung gefülltes Gefäss bringen, in das die Kathode ohne directe Berührung hineingestellt wird. Ein- und Ausschleichen des Stromes mit Rheostat; nicht zu geringe Stromstärke (5—7 M. Ampère; Stromdichte an den Ein- und Austrittsstellen also $^1/_{20}$—$^1/_{14}$) und nicht zu kurze Dauer der Sitzungen (bis zu 10 Minuten und darüber); am Schlusse bei verminderter Stromstärke oft einige Stromwechsel nützlich. Auch die galvanische Pinselung, die erheblich kräftiger wirkt als die faradische, ist zu verwenden. Die Franklinotherapie gelangt in der Form von Funkenströmen der Influenzmaschine zur Anwendung. Die Funkenströme sind oft ziemlich schmerzhaft.

Die Anwendung der Massage ist im Allgemeinen erst dann geboten, wenn unter dem Gebrauche von Bettruhe, Wärme, Injectionen, Galvanisation, die anfänglich grosse Schmerzhaftigkeit schon beträchtlich abgenommen hat, oder in mehr chronisch verlaufenden Fällen überhaupt geringer und nur zeitweise noch paroxystisch verstärkt ist. Die milderen Massageformen des leichten Drückens und Streichens längs des afficirten Nervenstammes, vielfach auch des leicht vibrirenden Beklopfens und Erschütterns haben den Vorzug. Sehr empfehlenswerth ist, bei nicht überempfindlichen Patienten die Ausführung der unblutigen Nervendehnung. Sie wird am einfachsten in der Weise vorgenommen, dass man in

horizontaler Rückenlage oder in Seitenlage (auf der gesunden Seite) des auf einer schmalen Bank ruhenden Patienten, zur Seite stehend, dessen krankes Bein mit beiden Händen an Knie und Fuss ergreift und unter Streckung im Knie- und Fussgelenk im Hüftgelenk möglichst stark beugt und gegen den Rumpf heraufzieht; in dieser Flexionsstellung wird das Bein 1—3 Minuten hindurch möglichst unverändert gehalten. Naegeli empfiehlt folgendes Verfahren: Der Kranke wird auf die gesunde Seite gelegt, das gestreckte Bein von einem Assistenten in nicht allzu forcirter Stellung gehalten, während der Arzt in der Incisura ischiadica, am unteren Rande der Glutäen dicht hinter dem Trochanter major, ferner an der hinteren Fläche des Oberschenkels und in der Kniekehle der Reihe nach den Nervenstamm und seine Zweige energisch zu strecken und zu dehnen strebt. Bei Vorhandensein von Muskelspannungen und Contracturen sind passive, bei Schwäche des Beines, wie sie nach länger bestehender Ischias nur zu häufig zurückbleibt, active localisirte Uebungen mit allmäliger Steigerung, am besten in Form manueller oder maschineller Widerstandsgymnastik, vielfach nicht zu entbehren.

Die mannigfachen Hilfsquellen, die der Balneotherapie zur Verfügung stehen, sind für zahlreiche Ischiasfälle von der grössten curativen Bedeutung; namentlich sind es gerade die hartnäckigen, schweren und veralteten Formen, in denen man von diesen Hilfsmitteln Gebrauch macht. Einerseits die Thermalbäder, anderseits die der Kaltwasserbehandlung, der Hydrotherapie im engeren Sinne zugerechneten Verfahren; ausserdem die verschiedenen totalen und partiellen Bäder und Packungen in heissen festen Medien, die heissen Moorbäder, Sandbäder, die Schlamm- oder Fangocuren, Heissluftapparate.

Von der operativen Nervenchirurgie ist auf dem Gebiete der Ischiasbehandlung wenig zu erwarten. Jod- und Bromkalium, Arsenik und Terpentin, die zahllosen Specifica und Antineuralgica sind entbehrlich. — (Therap. d. Gegenw. Nr. 10. 1899.)

Chirurgie.

Ueber einige chirurgisch wichtige Complicationen und Nachkrankheiten der Influenza. Von Dr. F. Franke.

Noch wenig bekannt scheint zu sein, dass bei Influenza verhältnissmässig häufig das Knochensystem erkrankt. Eine An-

deutung davon ist vielleicht schon die Druckempfindlichkeit der Knochen und die Reizbarkeit derselben, die sich z. B. dadurch äussert, dass mitunter auf leichte Contusionen schon Periostwucherungen entstehen. Häufig wird im Anschlusse an Influenza eine objectiv nachweisbare Osteo-Periostitis beobachtet, welche sich durch spontane und Druckempfindlichkeit des Knochens und Oedem über den befallenen Stellen bemerkbar macht. Diese leichte Form kommt am häufigsten an den Schienbeinen vor. Diese einfache plastische Osteo-Periostitis, welche auch an den Fussknochen wie an den Handknochen, am Becken, am Schulterblatte und an den Rippen beobachtet wurde, kann fieberlos, aber auch unter Fieber, fast schmerzlos, aber auch unter heftigen Schmerzanfällen, namentlich beim Ausbruche der Krankheit verlaufen. Die Schwellung und Auftreibung der Knochen kann verschiedene Grade und verschiedene Ausdehnung in der Fläche erreichen. Am Schädel kann sie in der Form einer Periostitis nodosa auftreten, die Entzündung der Fusswurzel und des Mittelfusses kann die sog. „Fussgeschwulst“ vortäuschen. An den Epiphysen der Röhrenknochen handelte es sich meist nicht um plastische Periostitis, sondern um Osteomyelitis. Das klinische Bild war jenes des Gelenksrheumatismus, so lange keine Eiterung auftrat, was nur selten der Fall war. Der bei Influenza auftretende Gelenksrheumatismus ist nach F. fast ohne Ausnahme ein osteogener.

Von praktischem Interesse ist, dass die Knochenerkrankungen, wie fast alle Erkrankungen bei der Influenza, eine sehr grosse Empfindlichkeit gegen jeden mechanischen Eingriff haben. Selbst die leichteste Massage, Gipsverband, das Auflegen von Sand bei Sandbädern etc. waren im Stande, Verschlimmerung der Erkrankung, mitunter auf lange Zeit hinaus, zu erzeugen. Bei der Behandlung muss daher jeder stärker reizende Eingriff unterlassen werden. Möglichst vollständige Ruhe des erkrankten Theiles, Priessnitz'sche Umschläge und Natr. salicyl. mit Antipyrin sind die Mittel, durch welche F. selbst in veralteten Fällen noch gute Erfolge erzielt hat.

Sehr häufig treten nach Influenza Fussohlenschmerzen infolge von Entzündung der Plantarfascie, oder in anderen Fällen infolge von Neuritis des N. tibialis auf. F. lässt Gummisohlen tragen und empfiehlt im Uebrigen die oben skizzirte Behandlung. Die Neuritiden scheinen nach Influenza besonders häufig zu sein,

befallen die verschiedenartigsten Stellen und machen oft Nervendehnung nothwendig. Das relativ häufige Auftreten von eitrigen Erkrankungen der Lunge, des Brustfelles, des Mittelohres etc. ist bekannt. — (Arch. f. klin. Chir. Bd. 59, H. 3.)

Eine neue Operationsmethode für die Ektopie der weiblichen Harnblase. Von Dr. Chavasse.

Bei einem vierjährigen Mädchen, bei welchem schon von anderer Seite eine plastische Operation ausgeführt wurde, wurde zunächst die Trendelenburg'sche Operation vorgenommen. Nach fünf Tagen erschien die ektopirte Blase in das Becken zurückgesunken und war nach zwei Wochen die Abdominalöffnung nur mehr ein kurzer Schlitz; dieser Schlitz wollte nicht zuheilen, im Gegentheile, die Blasenwand fing von Neuem an, durch ihn hervorzukommen, nachdem bei dem sehr schlecht aussehenden Kinde der Verband, um Bewegung im Freien zu ermöglichen, entfernt wurde. Ch. operirte daher sechs Monate nach dem früheren Eingriffe folgenderweise: In beiden Ureteren wurden Katheter eingeführt, dann die Ureteren von der Blase abgetrennt, im oberen Theile der vorderen Vaginalwand zwei schief verlaufende Oeffnungen angelegt und in denselben die Ureteren mittels Nähten (Pferdehaarsuturen) befestigt. Hierauf wurde der ganze exponirte Theil der Blase exstirpirt und die Höhle mit Jodoformgaze ausgestopft. Der Urin floss dann durch die beiden, an den Schamlippen befindlichen Katheteröffnungen ab. Nachdem die Katheter entfernt wurden (dritten bis vierten Tag), ging der Urin durch die Vagina ab. Sieben Wochen später wurde der Abdominaldefect durch eine plastische Operation mit Erfolg geschlossen. (Ref. möchte bemerken, dass die Operationsmethode an dem Fehler laborirt, dass eine vaginale Incontinentia urinae geschaffen wird. Abgesehen davon, dass dies zu Ekzemen, Excoriationen führen muss, fällt auch der Umstand in die Waagschale, dass die Fistel ein ästhetisches Hinderniss für den Coitus abgeben wird. Die Maydl'sche Operation, Ablösung der Ureteren mit Einpflanzung derselben ins Rectum, hat sich bereits so glänzend bewährt, dass die Operationsmethode von Ch. wohl kaum Nachahmer finden dürfte.) — (The Lancet. Bd. 21, 1899.)

Die Behandlung der Aktinomykose mit Jodkalium. Von Dr. W. Prutz. (Aus Prof. v. Eiselsberg's Klinik).

Das Ergebniss der von P. angestellten Untersuchungen ist folgendes: Der auf das Versuchsthier übertragene Aktinomy-

ces ist im Stande sich in demselben zu vermehren, auch während länger dauernder Einfuhr von Jodkalium. Es kann unter diesen Umständen auch von einem Versuchsthier auf andere übertragen werden und wird in diesem, nachdem es auch hier der Wirkung des Jodkaliums ausgesetzt gewesen war, noch in jüngster Entwicklungsform angetroffen. Das Jodkalium vernichtet in dem Versuchsthiere nicht die Lebensfähigkeit des Aktinomyces, ist also eigentlich kein Specificum gegen Aktinomyces. Die beim Menschen durch den Aktinomyces hervorgerufene entzündliche Gewebsneubildung wird durch Jodkalium in der Art beeinflusst, dass eine Resorption der entzündlichen Producte eingeleitet und die den Pilz selbst beherbergenden Herde zu schneller Einschmelzung geführt werden. Durch die Resorption in ihrer Umgebung und durch ihre Erweichung werden die Herde kenntlicher. Ihre ursprünglich schon vorhandene Neigung zum Durchbruch nach aussen wird gesteigert. Steht ein Herd mit der Körperoberfläche in offener Communication, so kann auch allein unter dem Einflusse des Jodkaliums die Ausheilung eingeleitet werden. Diese geht dann also ebenso vor sich, wie die bei einem Theil der Aktinomyces-Fälle sicher eintretende Spontanheilung. Eine entscheidende diagnostische Bedeutung kommt dem Jodkalium für sich allein gegenüber der Aktinomykose nicht zu. Die Jodkaliumbehandlung ist nicht im Stande die operative Behandlung der Aktinomykose zu verdrängen, wohl aber berufen, sie einzuschränken. Sie kann den aktinomykotischen Herd so vorbereiten, dass gegebenenfalls an Stelle eines schweren Eingriffes nur ein relativ unerheblicher nothwendig wird und macht überhaupt manche Fälle erst mit guter Aussicht auf Erfolg operabel (Bauchaktinomykose). Ist sicher nur ein kleinster oberflächlicher Herd vorhanden, so ist das schnellste Verfahren die sofortige Eröffnung und Auslöffelung ohne vorhergehender Jodkaliumbehandlung. Die Wirkung des Jodkaliums tritt nicht in allen Fällen auf, die Erscheinung ist aber in der überwiegenden Mehrzahl zweifellos vorhanden. Darum ist seine Anwendung im Princip in jedem Falle von Aktinomykose angezeigt. — (Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med., u. Chirurg. Bd. 4, p. 40 u. ff.)

Eine neue operative Behandlung der varicösen Unterschenkelgeschwüre. Von Dr. Bardescu.

B. hat ähnlich wie Chipault, jedoch vor diesem, bei varicösen Fussgeschwüren, von der Annahme ausgehend, dass es

sich um eine phlebo-trophoneurotische Störung handle, die Trendelenburg'sche Operation mit der blutigen Nervendehnung combinirt, u. zw. in zwei Fällen in zwei Sitzungen, glaubt jedoch, dass die Ausführung in einer Sitzung zweckmässiger ist. Die Eingriffe lieferten ein ausgezeichnetes Resultat und war der eine der Kranken ein Jahr später vollends gesund. In beiden Fällen sind die N. peron. comm. gedehnt worden, natürlich soll aber jedesmal jener Nerv gewählt werden, der die ergriffene Region beherrscht. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 88, 1899.)

Die Sigmoideo-Rectostomie, ein neues Verfahren zur Beseitigung von Mastdarmstricturen. Von Prof. J. Rotter.

Bei den Stricturen des Rectums sind neben der Exstirpation die Anlegung eines Anus praeternaturalis und die Rectostomie üblich. Hiezu kommt die angeblich von Bacon neuerlich angegebene Sigmoideo-Rectostomie (Ref. macht darauf aufmerksam, dass er dieselbe Operation als Colo-Rectostomie bereits im Jahre 1889 angegeben und seither auch wegen inoperablen Rectumcarcinoms mit gutem Erfolge ausgeführt hat. Publicirt wurde die Methode unter dem Titel: Colo-Rectostomie oder Anlegung einer Anastomose zwischen Colon und Rectum bei inoperablen hohen Mastdarmcarcinomen in der „Wiener Med. Presse“ Nr. 24, 1899.) R. hat die Methode auf die Weise modificirt, dass er zunächst vom Bauchschnitte aus die Flexur durchtrennt, das Mastdarmende vernäht und das Flexurende mit Jodoformgaze umwickelt. Dann wird das Spatium rectovaginale vom Darm her eröffnet, durch den Douglas das Flexurende heruntergezogen und in einen Schlitz an der vorderen Rectumwand eingenäht. R. hat bisher drei Operationen auf die angegebene Weise ausgeführt, von denen ein Patient an septischer Peritonitis zu Grunde ging, während in zwei Fällen die Kranken genasen. Die Dauerresultate sind bei ihnen bezüglich Continenz und Stuhlentleerung günstig, doch bestehen die Beschwerden von Seite der Strictur natürlicherweise noch weiter. R. räth zu dieser Operation dort, wo eine Exstirpation des Rectums nicht gemacht werden kann. Vor dem Anus praeternaturalis hat die Methode (wie dies vom Ref. vor mehr als 10 Jahren ausgeführt wurde) unleugbare Vorzüge. — (Arch. f. klin. Chir. Bd. 58, 1899.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Ueber die Wirkung des Stypticins. Von Prof. Martin Freund.

Das Stypticin ist nach übereinstimmender Aussage aller Autoren ein selbst bei andauerndem Gebrauch völlig unschädliches Mittel, das auch keine unangenehmen Nebenwirkungen hat. Ein Beweis der Unschädlichbkeit liegt in dem von Nassauer mitgetheilten Falle, wo eine Kranke aus Versehen eine Dosis von 0·4 g ohne Schaden genommen hat.

Die während der menstruellen Blutung zu verordnende gewöhnliche Tagesdosis beträgt 5—6 Tabletten zu 0·05 g; zuweilen ist es empfehlenswerth, schon einige Tage vor dem zu erwartenden Beginn der Menstruation täglich 2—3 Tabletten nehmen zu lassen.

Sind starke Blutungen vorhanden, die also möglichst rasch bekämpft werden sollen, zieht man subcutane Injectionen vor. Man injicirt 2 cm^3 einer 10 %igen Lösung in die Musculatur der Hinterbacken.

Die Erfahrungen des Vf.s mit dem Mittel erstreckten sich auf mehrere hundert Fälle; die Indicationen für die Anwendung des Stypticins können nach diesen Beobachtungen genauer formulirt werden.

Das Stypticin wirkt als Specificum bei solchen Menorrhagien, die durch entzündliche Erkrankungen des Beckenbindegewebes oder der Adnexe oder durch Lageveränderungen des Uterus, in Verbindung mit entzündlichen Processen der Umgebung, verbunden sind.

Ebenso kann man eine sichere Wirkung bei consecutiven Metrorrhagien erwarten, welche als Begleiterscheinungen der eben angeführten Erkrankungen auftreten.

Ferner zeigte sich das Stypticin wirksam bei solchen Uterusblutungen, welche nach Adnexoperationen infolge von Stumpfexsudaten vorkamen.

Bei Blutungen infolge schlechter Rückbildung des Uterus nach Abortus, ebenso wie bei mangelhafter Rückbildung post partum, wirkt das Mittel in kurzer Zeit, jedoch nur dann, wenn im Uterus keine Placenta- oder Eihautreste zurückgeblieben sind.

Dagegen bleibt der Erfolg aus bei durch reine fungöse Endometritis bedingten Blutungen; kommen aber solche nach erfolgter Curettage wieder, so ist das Stypticin mit Nutzen anzuwenden.

Die besten Resultate ergaben sich bei virginellen menstruellen Blutungen ohne pathologisch-anatomische Veränderungen, sowie bei klimakterischen Metrorrhagien.

Bei Myomen kann manchmal das Stypticin gegen die wiederkehrenden Blutungen mit Erfolg angewendet werden, wenn auch die Wirkung keine in allen Fällen verlässliche zu nennen ist.

Ebenso wirksam war das Mittel in einzelnen Fällen von gonorrhoischer Infection der Uterusschleimhaut mit atypischen Blutungen.

Das Stypticin verursacht keine Uteruscontractionen, kann daher auch bei bestehender Schwangerschaft in Anwendung kommen, wenn sich Blutungen in dieser Zeit einstellen. Der Erfolg war in manchen dieser Fälle auch ganz zufriedenstellend. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 9, H. 8.) H.

Zur Kenntniss des erworbenen Scheidenverschlusses und dessen Folgezustände. Von Dr. E. Kummer.

Erworbene narbige Scheidenatresien kommen nicht häufig vor, die davon betroffenen Frauen, namentlich die noch im fortpflanzungsfähigen Alter stehenden, sind mannigfachen Beschwerden, selbst Gefahren unterworfen. Die häufigste Veranlassung zum Scheidenverschluss geben lang dauernde, durch geburtshilfliche Eingriffe abgeschlossene Entbindungen. Der circuläre Druck, den der im Becken stecken gebliebene Kindeskopf auf die Scheide ausübt, sowie auch die eventuell durch die angewandten Instrumente verursachten Läsionen kommen hier in Betracht. Aus diesen Gründen können auch Eingriffe zum Zweck des Herbeiführens des künstlichen Abortus, der künstlichen Frühgeburt den Anstoss zur späteren Atresie geben.

Seltener sind Ulcerationen durch Verbrühungen, Syphilis, Diphtherie, Variola, Typhus oder andere Infectionskrankheiten, sowie Fremdkörperverletzungen, Rittlingfall etc. zu beschuldigen.

Die Stenose und Atresie kann sich in jeder Höhe des Vaginalrohres ausbilden. Bei vollständigem Verschluss entsteht infolge von Stauung der menstrualen Absonderungen zunächst Hämatokolpos, später Hämatometra, selbst Hämatosalpinx.

Abgesehen von diesen, gibt es noch sehr verschiedene andere Folgezustände und Complicationen. War der Verschluss kein vollkommener, so ist die Möglichkeit einer normalen Schwangerschaft oder einer Extrauterinschwangerschaft vorhanden. Erstere führt zu den schweren Geburtshindernissen, Letztere zu den be-

kannten Gefahren. Ausserdem tritt nicht selten Peritonitis, Parametritis, Entzündung benachbarter Organe auf. Diese Complicationen ändern natürlich die Prognose.

Die Aussicht auf völlige Restitution ist gering und nur unter günstigen Umständen denkbar; dagegen kann selbst die vitale Prognose ungünstig lauten. Die mit Schwangerschaft complicirten Fälle sind die schwierigsten. Bei Extrauterinschwangerschaft ist die Laparotomie und Exstirpation des Fruchtsackes angezeigt. Bei intrauteriner Schwangerschaft kann die Einleitung des Abortus in Frage kommen, doch sind hiebei schwere Nebenverletzungen möglich, wenn man von der Scheide aus vorgeht. Die Laparotomie und Hysterektomie wären daher in manchen Fällen vorzuziehen, da diese Operationen heute günstige Chancen bieten.

Ist die Schwangerschaft weit vorgeschritten, so kann es zweckmässig sein, das Ende derselben abzuwarten. Zuweilen genügen bei der Geburt einige Incisionen der Narbe, höchstens dass noch die Zange angelegt werden müsste. Sowohl die Auflockerung der Gewebe, wie auch das Andrängen des Kindeskopfes begünstigen die Wegsamkeit der Scheide. Man kann sich aber nicht in allen Fällen darauf verlassen.

Es wurde daher auch der Kaiserschnitt oder die Porrooperation am Ende der Schwangerschaft befürwortet; doch stehen solche Eingriffe mit ihren Gefahren in keinem richtigen Verhältnisse zur Indication. Ein solches Vorgehen bliebe nur bei absolutem Missverhältniss zwischen Kind und Becken gerechtfertigt. Bei relativ guter Aussicht einer vaginalen Geburt wäre auch die künstliche Einleitung des Abortus oder eine frühzeitige Hysterektomie nicht zu empfehlen.

Bei einfacher, nicht mit Schwangerschaft complicirter Narbenatresie ist nicht nur die Scheidennarbe, sondern auch die secundäre Veränderung der Umgebung einer rationellen Behandlung zu unterziehen.

Bei membranöser Narbe genügt Incision, eventuell Naht. Bei strangförmigen Narben sind Nebenverletzungen von Urethra, Blase, Ureteren, Mastdarm zu vermeiden.

Wenn dies auch gelingt, ist Recidive doch stets zu befürchten. Die einfache Punction bei gestautem Menstrualblut ist nur ein Nothbehelf, der Eingriff genügt nie für die Dauer; nie darf die Punction durch Blase oder Mastdarm ausgeführt werden,

wegen zu grosser Gefahr nachheriger Bauchfellentzündung. In schwierigen Fällen ist die Laparotomie mit utero-ovarieller Castration das zweckmässigste Verfahren. — (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte Nr. 2, 1899.) H.

Beitrag zur Kenntniss der hämostatischen, nicht ekbolischen Mittel und die Therapie der Metrorrhagien in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Von Prof. L. M. Bossi.

Dieser umfangreichen Abhandlung des Verfassers entnehmen wir folgende Schlussfolgerungen:

1. In der geburtshilflichen Praxis besteht, namentlich seitens der Hebammen, ein Missbrauch des Mutterkorns, das nie früher verabfolgt werden sollte, als bis der Uterus ganz entleert ist. Dieser Missbrauch ist verschuldet zum Theil durch ungenügende Kenntniss und erschwerte Anwendung von hämostatischen Mitteln, die nicht ekbolisch wirken.

2. Die geburtshilfliche Praxis ist mit einer möglichst grossen Zahl von hämostatischen, nicht ekbolischen Mitteln auszustatten, die während der Schwangerschaft und in der Nachgeburtszeit anzuwenden sind. Diese Mittel sind auch in bestimmten Grenzen und unter besonderer Garantie den Hebammen zu überlassen, ähnlich wie das Mutterkorn, das aber viel mehr Gefahren bringen kann.

3. Wir können der Hydrastis canadensis und der Hamamelis virginica das Stypticin und Antifebrin hinzufügen, die gleichfalls hämostatisch, aber nicht ekbolisch wirken.

4. Das Stypticin zeigte sich in Thierexperimenten weniger giftig als das Fluidextract der Hydrastis; es verursachte in Trächtigen keine merklichen Störungen. Auch bei schwangeren Frauen zeigte es, ohne ekbolische, eine beruhigende Wirkung.

5. Das Antifebrin hatte in den klinischen Versuchen eine hämostatische, besonders eine beruhigende Wirkung auf die Wehen der Gebärmutter erwiesen.

6. Wenn sich die Wirksamkeit des Stypticins und des Antifebrins der der Hydrastis nicht überlegen zeigte, so wären sie von grossem Nutzen in der Praxis, theils in Abwechslung, theils als Ersatz mit der Hydrastis und Hamamelis.

7. Theilt man die geburtshilflichen Metrorrhagien der Schwangerschaft und des Wochenbettes in die zwei natürlichen Gruppen: Metrorrhagien während der Schwangerschaft mit drohender Unterbrechung derselben und in Metrorrhagien im

Wochenbett sowie in der Schwangerschaft bei unvermeidlicher Unterbrechung derselben, so können wir verordnen: *a)* in der ersten Gruppe abwechselnd die hämostatischen, nicht ekbolischen Mittel (Hydrastis, Hamamelis, Stypticin) mit den beruhigenden Mitteln (Viburnum, Piscidia, Opiate), zumal Antifebrin; *b)* in der zweiten Gruppe abwechselnd Hydrastis, Hamamelis, Stypticin, auch auf die Wirkung des Zuckers und des Chinins zurückgreifend. — (Riforma medica. Vol. III, 5—8, 1899.) H.

Zur Therapie des operablen Uteruscarcinoms am Ende der Schwangerschaft. Von Prof. Dr. W. Thorn.

Ueber die operative Therapie des operablen Collumcarcinoms in den beiden letzten Schwangerschaftsmonaten stellt Vf. folgende Grundsätze auf:

Das Leben des Kindes ist dem der schwerkranken Mutter durchaus gleich zu achten; daher dürfen keine geburtshilflichen Eingriffe zu Gunsten der Mutter unternommen werden, die das Kind gefährden könnten. Es muss daher der Kaiserschnitt gemacht werden, sobald der Extraction der Frucht per vias naturales Schwierigkeiten entgegenstehen.

Bei abgestorbenem Kinde ist in schonendster Weise, eventuell mit Hilfe der vorderen Spaltung und Perforation etc. der Uterus zu entleeren und sofort vaginal zu exstirpiren, ohne Rücksicht auf bestehende Zersetzungsvorgänge des Inhalts etc.

In der Geburt darf bei besonders günstigen Cervixverhältnissen der spontane Verlauf kurze Zeit erwartet werden; sobald aber seitens des Carcinoms Gefahr droht oder die geringste Verzögerung eintritt, ist die Entbindung in der für Mutter und Kind günstigsten Weise sofort vorzunehmen und unmittelbar die Uterusexstirpation anzuschliessen.

In der Schwangerschaft ist ein Zuwarten auch von nur kurzer Dauer nicht erlaubt.

Bei einem Portiocarcinom sind Frucht und Uterus stets vaginal zu entfernen, wenn der Extraction keinerlei Hindernisse im Wege stehen.

Sind bei einem Portiocarcinom geburtshilfliche Schwierigkeiten zu erwarten, welche das Kind gefährden könnten, so ist dieses sammt Placenta und Corpus uteri abdominal zu entfernen, das Beckenperitoneum und die Bauchwunde definitiv zu schliessen und der Cervixstumpf vaginal zu exstirpiren.

Bei reinem Cervixcarcinom soll nach Entfernung der Frucht



und Placenta durch die Sectio die abdominale Totalexstirpation gemacht werden. Bei den Uebergangsformen von Cervix- und Portiocarcinom operire man in combinirter Weise stets dann, wenn die Extraction voraussichtlich mit Gefahren für Mutter und Kind verknüpft oder die Wegnahme der Drüsen und oberen Parametrien indicirt oder ein sicheres Operiren im Gesunden von oben her erschwert oder unmöglich ist. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 21, 22, 1899.) H.

Neueste Methoden zur Bekämpfung acuter sowie häufig auftretender Metrorrhagien. Von Dr. Oskar Schaeffer.

Man hat nebst den Regeln für die allgemeine Behandlung der Blutverluste noch ein specielles Vorgehen bei einer jeden Art von Menorrhagie oder Metrorrhagie, bezw. intraperitonealen Genitalblutung zu beobachten.

1. Bei Blutungen post partum ex atonia uteri ist zunächst die bimanuelle Massage mit besonderer Berücksichtigung der Placentarstelle angezeigt. Genügt dies nicht, so zieht man langsam und kräftig die Portio mittels Muzeux'scher Zangen bis vor die Vulva, untersucht genau auf etwa vorhandene Cervix- oder Scheidenrisse, sowie auf eventuelle Retention von Eitheilen und im negativen Falle führt man die intrauterine Tamponade mit nicht drainirender, imprägnirter Gaze aus.

Wegen Gefahr erneuter Blutung ist Vorsicht in der Anwendung von Analepticis geboten: Sandsack auf das Abdomen, Massage des Letzteren, manuelle Ueberwachung des Uterus von den Bauchdecken aus.

Bei hämostatischer Diathese empfiehlt Vf. post partum intrauterine Einführung von Gaze mit Ferripyrin (als Pulver oder in Solution 1 : 5) oder Gelatine (5—10%; eventuell + 1% Formalin); Letztere bei Aborten bis zur Mitte der Gravidität auf einem grossen Kolpeurynter.

2. Bei endometritischen Menorrhagien ist zuerst die Auskratzung, dann, wenn nöthig, eine folgende Atmokausis (Vaporisation) 105—112°, 10—15 Secunden lang, vorzunehmen.

3. Bei reflectorischen, resp. oophorogenen Menorrhagien richtet sich die Behandlung nach der Ursache der Blutungen, u. zw.:

a) Myomatosis uteri: Totalexstirpation oder supravaginale Amputatio uteri, eventuell Unterbindung beider Art. uterinae, bei kleineren Myomen auch mit oder ohne vorhergehende

Abrasio mucosae die Atmokausis (105—112°, 10—15 Secunden lang, oder falls die Sterilisation der Frau wegen Nähe des Klimax oder aus anderen Gründen angestrebt wird: 115—120°, ½—2 Minuten lang); ausserdem Ergotin. Bei submucösen und submucös-polypösen Myomen sind Curettement, Aetzungen und Atmokausis wegen Gefahr der Gangrän contraindicirt, daher Entfernung der Polypen und Enucleation, bezw. Kapselspaltung bei submucösen Myomen, nebst Darreichung von Ergotin. Gegen die einzelnen Blutungen: 5—10 % Gelatine, 1 % Formalin, Ferripyrin (Pulver oder 20 % Solution), Eisenchlorid, 20 % Liqu. alumin. acet. mittels Gaze einzuführen. Bei jauchenden Myomen: radicale Entfernung, oder wenn der Process noch oberflächlich ist, Atmokausis.

b) Ovarialtumoren: Ovariotomie, sonst Compression von der Vagina und dem Abdomen aus mittels Schrotbeutels oder Bolus alba. Tamponade und Sandsack.

c) Intraovarielle Blutungen, oligocystische Ovariendegeneration: wie im vorigen Falle.

d) Entzündliche Adnexaffectionen: Radicaloperation, eventuell antiphlogistische Behandlung, Hydrastis, Stypticin (0·05 bis 0·1 in Perlen oder Tabletten 3—5 Stück pro die). Keine vaginale oder gar intrauterine Therapie.

e) Tubargravidität: ist die Situation keine lebensgefährliche, zunächst nicht operiren, der Frau Blut sparen, Beckenhochlagerung, Sandsack auf den Bauch, geringe Mengen physiologischer Kochsalzlösung.

f) Parametritis: Compression.

g) Alle chronisch gewordenen infectiösen Entzündungsresiduen: Massage.

4. Atypische Metrorrhagien bei inoperablem Uterus-Carcinom: Atmokausis, Aetztampons mit Terpentin oder Formalin oder Chlorzink — oder Kohlenpulver — oder Bolus alba-Säckchen mit Jodoform oder Itrol oder Nosophen + Ferripyrin, alternirend mit Tamponade von 20 % bis concentr. Liquor alumin. acet.-Gaze und mit Kali permangan.-Irrigationen.

Bei einzelnen Blutungen eiskalte Irrigationen (mit Wasser, oder 5 % Formalin oder 10—20 % Liqu. alumin. acet.)

5. Bei Menorrhagien wegen Circulationsstörungen:

a) Genitalerschlaffung (Descensus, Retroflexio uteri, Metritis chron., Subinvolutio puerperalis etc.): bimanuelle Massage, Bauch-

massage, (36—40°) heisse Irrigationen, Tamponade, Compression, Hydrastis (vor), Stypticin (während der Blutung). Bei einzelnen heftigen Blutungen: Styptische Tamponaden, auch mit Condom-Kolpeurynter, der mit Gelatinelösung bestrichen und intrauterin mit heissem Wasser aufgeblasen wird; sonst Atmokausis (eventuell bis zur Obliteration).

b) Klimakterische Blutungen: Atmokausis bis zur Obliteration, sonst typische Tamponaden (wie in 4 und 5 *a)*.

c) Bei hämorrhagischer Diathese und Stoffwechsel-Krankheiten: locale und hypodermatische Anwendung hämostatischer Mittel, wie styptische Tamponaden hypodermatisch oder rectal oder intravenös Injection von physiologischer Kochsalzlösung. Bei Herzcollaps und Erbrechen ausser den per os zugeführten Flüssigkeiten Klysmen von Spiritus mit Wasser 10 : 50 cm^3 alle $1/4$ Stunde oder nur von Salzwasser. Eventuell Bluttransfusion.

d) Circulationsstörungen hervorrufende Organerkrankungen (Herz-, Leber-, Nieren-, Milz-, Darmleiden): nie Secale oder Cornutin oder Ergotin, wohl aber Stypticin, Hydrastis; ferner Digitalis, Strophantus, Aether. Palliativ: Sandsack, vaginale Tamponade, doppelte Compression von Vagina und Bauchdecken aus, Columnisation.

e) Infectionskrankheiten u. a., Influenza: Antipyrin, Chinin, Massage. — (Deutsche Praxis. Nr. 11—14, 1899. Sep.-Abdr.)

H.

Augenheilkunde.

Ein Mittel, subconjunctivale und subcutane Injectionen von Quecksilbercyanür beinahe schmerzlos zu machen. Von Dr. A. Darier.

Wenn auch die Conjunctiva mit Cocaïn anästhesirt wird, tritt doch sofort ein heftig brennender Schmerz nach Injection der Flüssigkeit auf, der je nach Menge der Flüssigkeit, Concentration derselben und Empfindlichkeit der Kranken heftig und lange empfunden wird.

Um dem Kranken diese Schmerzen zu ersparen, fügte D. der Flüssigkeit ein anästhesirendes Mittel bei. Der erste Versuch war natürlich mit Cocaïn. Sublimat ist hier unbrauchbar, weil das Cocaïn durch dasselbe ausgefällt wird; besser eignet sich Quecksilbercyanür (CNHg). Es wurde folgende Lösung benützt:



Rp. Hydrarg. cyanat. 1·0
Cocaïn. hydrochl. 0·5
Aq. dest. ad 100·0

Die Injection selbst ist wohl schmerzlos, aber nach kurzer Zeit stellt sich Schmerz ein und dauert an zwei Stunden und länger.

Es wurde nun Morphin beigemischt, aber mit demselben schlechten Resultate. Das Orthoform löst sich nicht in Wasser, kann also nur in einer öligen Flüssigkeit angewendet werden. Danlos hat für die subcutanen Kalomelinjectionen folgende Formel empfohlen:

Rp. Calomel. 0·05
Orthoform. 0·08
Paraffin. liquid. 1·0

deren sich aber D., weil er die unlöslichen Quecksilbersalze scheut, nicht bediente.

Der Autor machte nun Versuche mit Acoin. Ein Versuch am eigenen Auge zeigte, dass es bei Instillationen nichts vor dem Cocaïn voraushabe. Eine subconjunctivale Injection jedoch mit diesem Mittel verlief vollständig schmerzlos. Es wurde angewendet:

Rp. CNHg 0·01
NaCl 1·00
Aq. dest. ad 50·0

Dieser Lösung wurde ein Tropfen einer 1%igen Acoinlösung hinzugefügt. Der erste Fall war bereits 6 Wochen wegen Chorioideitis disseminata mit subconjunctivalen Injectionen behandelt worden, die alle heftige Schmerzen auslösten. Nach Beimengung von Acoin fühlte der Patient nur den Nadelstich, dann eine leichte Belästigung, herrührend von der Chemosis, sonst nichts. Es wurden eine Reihe von Erkrankungen als Keratitis dendritica, neuritis specifica, Iridocychtis, Haemorrhagiae retinae etc. etc. in dieser Weise behandelt. Das Hinzufügen von Acoin zur Injectionsflüssigkeit hatte den subconjunctivalen Injectionen fast alle Schmerzhaftigkeit genommen. D. fügt dem Acoin noch Cocaïn oder Eucaïn B bei und empfiehlt folgende Formel:

Rp. Acoin. 0·05
Cocaïn. muriat. 0·1
Natr. chlort. 0·8% 5·0

Von dieser Lösung sind 1—2 Theilstriche einer Pravaz'schen Spritze der subconjunctival zu injicirenden Flüssigkeit beizumengen.

Königstein.

Laryngologie und Rhinologie.

Ueber die Kehlkopfpapillome der Kinder und deren Behandlung. Von Docent Dr. E. Baumgarten.

Im Anschlusse an die lehrreichen Krankengeschichten zweier Zwillingsschwestern empfiehlt B. das mit Unrecht in Vergessenheit gerathene Löri'sche Verfahren zur endolaryngealen Entfernung der Papillome aufs Wärmste. Die Löri'schen Metallkatheter haben, jeder nach einer anderen Richtung hin, 2 bis 4 mm von der Spitze entfernt, einen $^1/_2$ cm grossen, ovalen, scharfrandigen Ausschnitt, in welchem sich die Papillome fangen. Nach vorausgeschickter Tracheotomie wird ein solcher Katheter von entsprechendem Kaliber und entsprechender Richtung des Ausschnittes unter Leitung des Spiegels, im Nothfalle auch ohne diesen, in den Larynx eingeführt, gegen den Sitz des Papilloms gedrückt und so zurückgezogen; meistens findet man dann das Papillom im Katheterschnabel. Entgeht es der Oeffnung, so kommt der Katheter leer zurück; niemals kann er aber den Kehlkopf verletzen. Ohne Tracheotomie ist eine endolaryngeale Behandlung nur selten möglich; bei sehr renitenten Kindern wird manchmal die Laryngofissur nothwendig. Von der Intubation räth B. ab, da sie durch Abreissen von Papillomen, welche dann in die Bronchien fallen, sehr gefährlich werden kann. Daneben empfiehlt er, von der Tracheotomiewunde aus die Papillome energisch mit Chromsäure zu ätzen, wodurch sie häufig rasch ausgerottet und Recidive verhütet werden. — (Fraenkel's Arch. f. Laryngol. Bd. 8, 1898.) Weil.

Zur operativen Behandlung der hyperplastischen Zungentonsille. Von Dr. E. Winckler.

W. hält die operative Entfernung der hyperplastischen Partien der Tonsilla lingualis bei Leuten, welche von ihrem Kehlkopfe gesteigerte Arbeitsleistung verlangen (Sängern, Berufsrednern u. s. w.) dann für indicirt, wenn sich an ihr häufig wiederkehrende Katarrhe zeigen oder wenn durch die Einschränkung der Bewegungen der Epiglottis direct nachweisbar oder mit aller Wahrscheinlichkeit auch der Larynx in Mitleidenschaft gezogen ist. Hyperplasien, welche so gross sind, dass sie manchmal auch die hintere Epiglottisfläche berühren, werden unter Umständen auch bei Leuten, welche ihre Stimme weniger gebrauchen, entfernt werden müssen. Meistens wird die Ope-

ration mit der galvanokaustischen Schlinge gemacht. W. bevorzugt aber die blutige Operation mit eigens hiezu geformten Curetten, Zangen und Scheeren, da er mit diesen glatte Wundflächen schafft, welche hinterher geringere Beschwerden verursachen, als so ausgedehnte Brandwunden. Danach ist 5 bis 6 Tage lang absolute Schonung der Stimme und flüssige oder breiige, reizlose Nahrung geboten. W. hat in den letzten 4 Jahren 15 solche Operationen gemacht und niemals eine bedenkliche Blutung gesehen, die Heilung war nach 10 bis 12 Tagen vollendet, der Erfolg zufriedenstellend. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 31, 1898.) Weil.

Ueber einen Apparat zur Vibrationsmassage des Trommelfells und der Nasenschleimhaut für den Selbstgebrauch des Patienten. Von Dr. Löhnberg.

L. beschreibt einen von seinem Chef Dr. Noebel in Zittau erfundenen Apparat, bestehend aus einer kleinen Luftpumpe, welche mit dem Spulapparat jeder gewöhnlichen Nähmaschine in Verbindung gebracht und durch das Treten dieser Letzteren in Thätigkeit gesetzt werden kann und mittelst deren der Patient die ja häufig sehr lange Zeit hindurch nöthige pneumatische Massage der Paukenhöhle und der Nasenhöhle (bei Letzterer mittelst eines Jankau'schen Gummibällchens) selbst ausführen kann, natürlich nur im Anschlusse an eine vorhergegangene ärztliche Behandlung und unter zeitweiliger Controle des Arztes. Bei mittlerer Geschwindigkeit des Tretens der Nähmaschine erzeugt das Instrument 500 bis 600 Stösse in der Minute; die einzelnen Sitzungen sollen 2, steigend bis 5 Minuten dauernd und täglich 2- bis 3mal stattfinden. (Diese originelle Idee würde sich wohl auch bei anderen rasche Rotation ohne besonders grosse Kraft erfordernden Apparaten erfolgreich verwerthen lassen. Ref.). — (Monatsschr. f. Ohrenheilk. Nr. 8, 1898.) Weil.

Ueber Massage des Kehlkopfes. Von Dr. E. Winckler.

Die von M. Braun und Laker seit dem Beginne der Neunzigerjahre propagirte Vibrationsmassage wendet W. besonders in Fällen von chronischen Stimmstörungen an, bei denen „ohne eine wesentliche Affection der Larynxschleimhaut eine mangelhafte Thätigkeit der Schliesser vorliegt und ein ordentlicher Glottisschluss nie zu beobachten ist“. Bei fünf Männern in mittlerem Alter, welche ihre Affection auf berufliche Ueberanstrengung der

Stimme zurückführten, hat er keine objectiv wahrnehmbare Besserung erreicht, ebensowenig bei den Schwächezuständen einzelner Muskeln und Muskelgruppen, welche beim chronischen Kehlkopfkatarrh angetroffen werden; bei solchen Fällen verschiedener Aetiologie, bei denen trotz fast zur Norm hergestellter Schleimhaut eine wesentliche Besserung der Function der Kehlkopfmuskeln nicht erzielt wurde, wandte W. mit sehr gutem Erfolge die äussere Kehlkopfmassage nach M. Schmidt und Spiess an, mittelst einer durch einen Elektromotor getriebenen, entsprechend geformten, auf den Kehlkopf gesetzten Platte (Concussor), welche den ganzen Kehlkopf in rasche, schüttelnde Bewegungen versetzt (Schüttelmassage). Gute Resultate erzielte er auch bei hysterischen Lähmungen verschiedener Art; doch kommt dabei auch der psychische Effect in Betracht. Bei atrophischen Zuständen fand er die Vibrationsmassage nicht besonders erfolgreich und legt das Hauptgewicht auf die gewöhnliche Reinigung, Pinselung u. s. w. Alles in Allem hält W. die Methode weiterer Prüfung für werth. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 14, 1898.)

Weil.

Kinderheilkunde.

Ueber einen Fall von Santoninvergiftung. Von O. Aronsohn.

A. machte in der Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 21. Juni 1899 Mittheilung über einen Fall von Santoninvergiftung mit glücklichem Ausgange. Der Anlass zur Vergiftung war ein in der Apotheke gekaufter Wurmkuchen. Da wohl die Maximaldose von 0·05 Santonin in einem Kuchen vorgeschrieben ist, der Apotheker aber nicht verhindert ist, eine beliebige Zahl solcher Wurmkuchen auszufolgen, ohne die Verpflichtung einer Anweisung über den Gebrauch derselben, so gibt dieser Handverkauf leicht Veranlassung zu Vergiftungen.

So bekam also ein 2½ Jahre alter Knabe ohne ärztliche Verordnung innerhalb 10 Minuten 0·33 g Santonin, 1 Stunde darauf Gurkensalat und ein kleines Gläschen Ingwer.

Sofort zeigte sich bei dem Kinde ein Rauschzustand mit schweren Collapserscheinungen, tiefe Benommenheit, Zuckungen im Gesichte und Nacken, Händen und Füssen; die Krämpfe dauerten eine Viertelstunde.

Der Zustand besserte sich durch Einleiten von Erbrechen,

aber Mattigkeit, Pupillenerweiterung, Pulsverlangsamung und Bewusstseinstrübung dauerten fort.

Nach tiefem, 30stündigen Schlafe, trat starker Urindrang auf, der Urin war intensiv gelb gefärbt.

Erst nach 18 Stunden besserten sich die Vergiftungserscheinungen und das Kind war am dritten Tage hergestellt.

Als Medicament bekam das Kind 3—4 Dosen von Kalomel (0·04). Xanthopsie konnte nicht constatirt werden. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 31, 1899.)

Sanatogen in der Kinderpraxis. Von Dr. N. Auerbach.

Nach den Peptonen, die Albumosen, nach den Albumosen die Caseïnpräparate. Diese sind jetzt an der Reihe. Eucaseïn, Nutrose und neuerdings das Sanatogen, welchem neben den Vortheilen der Caseïnpräparate nachgesagt wird, dass es besser schmecke und durch seinen Gehalt an glycerinphosphorsaurem Natron (5%) einen besonderen Nahrungswerth habe.

Die Versuche, die A. mit Sanatogen an Kindern angestellt hatte (15 g pro die), sollen ergeben haben, dass es bei Vorhandensein von Laryngospasmus mit und ohne Convulsionen vielleicht gute Dienste geleistet habe.

Darüber ist aber nichts zu lesen, was das Sanatogen als Nährmittel geleistet haben soll; es wurde gut vertragen. — (Therap. Monatsh. Nr. 9, 1899.)

Die Behandlung der Rhachitis mit Nebennierenextract. Von Dr. Wilhelm Stölzner.

Die Versuche wurden an 76 rhachitischen Kindern an der Heubner'schen Klinik gemacht. Als vorläufiges Ergebniss wird mitgetheilt:

1. Ausgezeichnet beeinflusst wird durch die Behandlung mit Nebennierensubstanz das Allgemeinbefinden, die Unruhe, die Empfindlichkeit, die Schweisse, die vasomotorische Erregbarkeit, und ganz besonders auch die Craniotabes. Häufig werden die genannten Symptome schon in einer bis zwei Wochen sehr wesentlich gebessert.

2. Das Durchbrechen der Zähne und die Erlernung des Sitzens, Stehens und Laufens wird durch die Behandlung ebenfalls deutlich befördert; auch verliert sich die Weichheit des Thorax oft so schnell nach Einleitung der Behandlung, dass ein causaler Zusammenhang nicht wohl bezweifelt werden kann.



3. Weniger wird die abnorme Grösse der Fontanelle, die Deformität des Thorax, der Rosenkranz und die Epiphysenschwellungen und Verkrümmungen der Extremitäten beeinflusst.

4. Der Glottiskrampf widersteht der Behandlung fast immer hartnäckig.

5. Meist ist der Verlauf derartig, dass in den ersten Wochen der Behandlung schnell eine erhebliche Besserung eintritt, die dann weiterhin langsamer fortschreitet.

6. Wird die Behandlung unterbrochen, so tritt gewöhnlich auch ein Stillstand in der Besserung oder sogar wieder eine Verschlechterung ein; wird die Behandlung wieder aufgenommen, so macht auch die Besserung der Rhachitis wieder schnelle Fortschritte.

7. Selbst in schwer complicirten Fällen (Lues, Darmkatarrhe, Bronchitiden und Pneumonien) wird die Rhachitis gewöhnlich sichtbar gebessert.

8. Bei einem nach vierwöchentlicher Behandlung an Capillarbronchitis gestorbenen Kinde ergab die anatomische Untersuchung der Knochen einen auffälligen Rückgang der Knochenerkrankung. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 37, 1899.)

Kann man Impfpocken antiseptisch halten? Von Dr. L. Fürst.

Dr. F. empfiehlt für die Impfung einen Occlusivverband, den er Impfschutz nennt und der aus einem perforirten und am Rande mehrfach eingeschnittenen Kautschukheftpflaster besteht, das dazu verwendet wird, einen ganz flachen, mit Holzwatte gefüllten Bausch von Dermatolgaze auf der Impfstelle zu befestigen.

Dem „Impfschutz“ wird nachgesagt, dass er leicht zu befestigen ist, die Schweissausdünstung nicht unterdrückt, gut haftet und sicher vor Beschmutzung, Infection und mechanischen Insulten schützt und dass er sehr billig ist.

Dr. F. verwendet seinen „Impfschutz“ seit drei Jahren und ist damit sehr zufrieden. — (Berl. med. Wochenschr. Nr. 39, 1899.)

Impfung und Mückenstiche. Von Dr. Lueddekens.

Es wird folgendes bemerkenswerthes Vorkommniss, das Dr. L. bei der Vaccination des eigenen $1^1/_2$ Jahre alten Sohnes beobachtet hat, mitgetheilt:

Vaccination am 1. Juni 1899 mit Glycerinlymphe auf dem

rechten Arme. Tags darauf wird das Kind an vielen Stellen des Körpers von Mücken zerstochen.

Am 6. Juni erschienen an den Mückenstichen des rechten Handgelenkes und in der Gegend des rechten Ellenbogens arge entzündliche Schwellungen und Entwicklung typischer Vaccin-efflorescenzen, zwischen 8. und 12. Juni dieselbe Erscheinung an mehreren Stellen des Gesichtes. Alle diese Efflorescenzen, mit Ausnahme einer einzigen, machen die typische Entwicklung bis zur Narbenbildung durch, das Kind fiebert acht Tage lang und dessen Allgemeinbefinden ist stark afficirt.

Die Uebertragung der Vaccine hat durch Kratzen der Impfstelle mit der nicht vaccinirten linken Hand stattgefunden. (Autoinoculation.) — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39, 1899.)

Die Schmierseifenbehandlung tuberculöser Processe. Von Dr. R. Haussmann.

Dr. H. beruft sich auf eine im Jahre 1878 in der „Berliner klinische Wochenschrift“ erschienenen Publication, in welcher er auf Grund seiner Erfahrungen in Meran die von Kapesser in Darmstadt empfohlenen methodischen Einreibungen gegen tuberculöse Processe als wirksam empfohlen hatte und beklagt sich darüber, dass Hoffer in seiner in diesem Jahre erschienenen Arbeit über denselben Gegenstand seiner Arbeit nicht Erwähnung gethan.

Dr. H. hat in den letzten 21 Jahren dieselbe Behandlung bei einer sehr grossen Zahl von mit tuberculösen Lymphdrüsenschwellungen behafteten Individuen durchgeführt, auch von solchen mit multipler tuberculöser Knochen- und Gelenkserkrankung, und hat dabei erfahren: 1. dass diese Behandlungsmethode bei serofibrösen Drüsentumoren, so lange sie nicht verkäst sind, zur Heilung führt und bei Tuberculose der Gelenke von wesentlichem Nutzen ist, wobei allerdings die nothwendigen chirurgischen Massnahmen nicht entbehrlich werden; 2. mitunter werden dabei auch Pleuritiden, Tuberculose, seltener Darmreize gebessert. H. empfiehlt, sich genau an die von Kapesser angegebene Methode zu halten. — (Therap. Monatsh. Nr. 10, 1899.)

Die Eisensomatose nebst einigen Bemerkungen über sogenannte Anaemia infantum pseudoleukaemica. Von Dr. Klein.

K. rühmt die Erfolge, welche er mit Eisensomatose bei anämischen Kindern erzielt hatte. Die Tagesdose für Kinder beträgt 8—10 g.

Insbesondere hat er bei der Behandlung von 23 Kindern mit Anaemia pseudoleukaemica erfahren, dass nach 1—2 Monaten, selten nach längerer Behandlungsdauer, die schweren Veränderungen des Blutes, der Milz und des Allgemeinbefindens geschwunden waren, trotzdem die betreffenden Kinder unter sehr ungünstigen hygienischen Verhältnissen lebten.

K. hält das Mittel für höchst wirksam in allen anämischen Zuständen. Er verabreicht Kindern 3—4mal täglich ½ Kaffeelöffel voll in Suppe oder Milch, in welchen Medien es langsam und sorgfältig zu vertheilen ist. — (Therap. Monatsbl. Nr. 10, 1899.)

Beitrag zur Frage der Infectiosität der milchtuberculösen Kühe, sowie über den Nutzen der Tuberculinimpfung. Von Lydia Rabinowitsch und Walter Kempner.

Nachdem das mehr weniger häufige Vorkommen von Tuberkelbacillen in der Marktmilch erwiesen ist, war es auch von Bedeutung, zu erfahren, ob die inficirte Milch nur von Kühen stammt, die an schwerer allgemeiner Tuberculose mit Betheiligung des Euters erkrankt waren, oder auch von solchen, die nur Lungenerscheinungen darboten.

Nach den bisher vorliegenden Beobachtungen hat sich in vereinzelten Fällen auch die Milch nur geringfügig an Tuberculose erkrankter Thiere als infectiös erwiesen; allein es bestehen doch auch über diesen Punkt Zweifel.

Die beiden Autoren haben nur an 15 Kühen, welche im pathologischen Institute der Thierärztlichen Hochschule zu Berlin auf Tuberculin reagirt hatten, Milchuntersuchungen vorgenommen. Der zweite Theil der gut ausgemolkenen Milch wurde centrifugirt und 1—5 cm^3 eines Gemisches der Fettschichte und des Bodensatzes intraperitoneal Meerschweinchen injicirt.

Die mikroskopische Differenzirung der echten Tuberkelbacillen von Pseudotuberkelbacillen hat sich als unverlässlich erwiesen.

Die Impfversuche haben bei 10 von den 15 Kühen positive Ergebnisse geliefert; von diesen 10 Kühen hatte nur eine einzige klinisch ausgesprochene Eutertuberculose gezeigt, eine zweite Kuh eine histologisch constatirte Eutertuberculose, 3 Kühe eine fortgeschrittene generalisirte Tuberculose, geringgradige oder zweifelhafte Erscheinungen wiesen 5 Kühe auf.

Es hatten demnach diese Untersuchungen ergeben, dass:

1. sowohl bei beginnender Tuberculose ohne nachweisbare Erkrankung des Euters, als auch



2. bei latenter, nur durch Tuberculinreaction erwiesener Tuberculose die Milch Tuberkelbacillen enthalten kann;

3. die Milch auf Tuberculin reagirender Kühe in jedem Falle tuberculoseverdächtig ist. — (Zeitschr. f. Hygiene und Infectionskrankh. Bd. 31, H. 1.)

Zur Bromoformbehandlung des Keuchhustens Von Dr. E. Feer.

Dr. F. theilt seine Erfahrungen mit über die von Dr. Stepp 1889 empfohlene Behandlung des Keuchhustens mit Bromoform.

Die gute Wirkung des Medicamentes zeigte sich meist erst bei der Anwendung von grossen Dosen, bei kleinen Dosen bleibt der Erfolg häufig aus.

Die Dosis beträgt a + 2 Tropfen, 3mal täglich, wobei a die Zahl des laufenden Lebensjahres bedeutet, nach 2—4 Tagen steigt man auf 4mal täglich a + 2 Tropfen. Bleibt der Erfolg aus, so steigt man am Anfange der zweiten Woche mit der Einzeldose auf a + 3 Tropfen und nach 3—4 Tagen auf a + 4 Tropfen; bei Kindern von 6—12 Monaten beginnt man mit 3mal täglich 2—3 Tropfen, bei noch jüngeren Kindern mit 3mal täglich 1—2 Tropfen. Die Maximaldosis bei älteren Kindern betrug pro die 50 Tropfen. Bei dieser Dosirung hat Dr. F. nie Nachtheile gesehen, höchstens vorübergehend etwas Schläfrigkeit, was zur Verminderung der Dosis veranlasste.

Das Bromoform soll nach den Mahlzeiten gegeben werden, in einem Kaffeelöffel voll Zuckerwasser, Syrup, Milch oder Eigelb. Das Mittel wird so lange fortgesetzt bis die eigentlichen Anfälle aufhören, von da ab soll die Dosis nur allmälig vermindert werden.

Vorsicht verlangt die Aufbewahrung ausser dem Bereiche des Kindes in dunklen Flaschen, die präcise Tropfenzählung und nie mehr als 5—10 g. auf einmal zu verschreiben.

Die Erfahrungen Dr. F.'s erstreckten sich auf 60 Fälle, in der Hälfte der Fälle hatten nach 4 Wochen die Anfälle aufgehört und waren die Nächte ungestört, darunter waren Fälle mit 30 und mehr Anfällen in 24 Stunden, in einem Drittel der Fälle war die Heilung nach 5—6 Wochen, bei anderen schon nach 2½—3 Wochen, in hartnäckigen Fällen aber auch erst nach 6—8 Wochen eingetreten.

Das Allgemeinbefinden der Kranken wurde durch die Medication sehr günstig beeinflusst. Erbrechen hört in der Regel

nach $^1/_2$—1 Woche auf und nach 1—2 Wochen ist gewöhnlich der Charakter der Krankheit milder geworden.

Nur einmal erwies sich das Bromoform als ganz erfolglos. — (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. Nr. 19, 1899.)

Hygiene und Krankenpflege.

Die Bedeutung und Behandlung der Krisen bei acuten Krankheiten. Von Prof. Dr. O. Rosenbach.

Die Krise, nach der Definition des Galen eine plötzliche unerwartete Umwandlung der Krankheit in der Richtung der Genesung, ist der Ausdruck einer schnellen Regulation und Accommodation des Organismus, welche durch die mechanisch sehr vollkommene Selbststeuerung der organischen Maschine ermöglicht wird; der hierbei sich abspielende physikalische Vorgang ist in folgender Weise aufzufassen: wenn abnorme Reize, bei acuten Krankheiten also die betreffenden Krankheitsreize, den Organismus treffen, so antwortet der Organismus in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle mit einer Steigerung der Erregbarkeit, welche sich unter Anderem in der Temperaturerhöhung äussert; wenn nun diese abnormen Reize längere Zeit eingewirkt haben, so ist eine Steigerung der Erregbarkeit nicht mehr möglich, und es findet durch Vermittelung der Regulationsthätigkeit des Organismus eine beträchtliche Gewöhnung an den Reiz und damit eine Herabsetzung der Erregbarkeit statt. Tritt nun diese Reizlosigkeit für die bisherige Reizgrösse plötzlich ein, so ist das eben der Zustand, welcher als Krise bezeichnet wird. Die hauptsächlichsten Züge des kritischen Vorganges bilden folgende Erscheinungen: Nach einer beträchtlichen Steigerung aller Symptome (perturbatio critica) fällt die Temperatur plötzlich unter die Norm; das bis dahin rothe Gesicht wird blass, die Haut erscheint kühler und ist mit leichtem, nicht klebrigem Schweisse bedeckt; die allgemeine oft hochgradige Erregung legt sich plötzlich, und es tritt sogar förmliche Schlafsucht ein. Die Arterien werden enger und die Spannung scheint sich zu verringern, gewöhnlich nur deshalb, weil wir eine enge Arterie auch für weniger gespannt halten, der Puls erscheint langsam, oft unregelmässig, und verliert den Charakter des Hüpfens. Die Herztöne sind meist leiser als sonst und gleichmässiger accentuirt. Die Athmung wird langsam und tief, ist aber ziemlich regelmässig.

Lässt man den Kranken gewähren, so verfällt auch der bis dahin unruhige Patient meist in festen Schlaf, währenddessen er bisweilen leise vor sich hinmurmelt oder laut spricht und kleine Muskelzuckungen zeigt. Häufig delirirt er nur, wenn man ihn aus dem Schlafe erweckt, wie ja auch sonst häufig Leute, die nach einer grossen Anstrengung fest eingeschlafen sind, auffallend oft verwirrt reden, wenn man sie plötzlich erweckt.

Dieser Uebergang von der Krankheit zur Genesung vollzieht sich in Fällen, wo die Erregbarkeit besonders hoch war, oft sehr stürmisch, und die plötzliche Veränderung der eben noch so heftigen Reactionserscheinungen macht bisweilen die Annahme jenes Zustandes wahrscheinlich, der als Collaps bezeichnet wird. Indess handelt es sich bei Krise und bei Collaps um zwei in ihrer Bedeutung ganz verschiedene Vorgänge: während bei der Krise die Herabsetzung der Erregbarkeit durch eine zweckmässige Verminderung der vorher gesteigerten Reaction infolge von Anpassung der organischen Maschine bedingt ist, beruht beim Collaps die Herabsetzung der Leistungsfähigkeit auf einem wirklichen Defecte in dem kraftbildenden Theil der organischen Maschine, auf dem Fehlen an der zur Arbeit nothwendigen Energie.

Unverkennbar verschiedene Anhaltspunkte für die Beurtheilung, ob es sich um Krise oder Collaps handelt, liefern das friedliche Aussehen des Kranken, das Fehlen jeder Cyanose, die trotz der Schwäche deutliche Accentuirung der Herztöne, der bei geringer Füllung doch annähernd mittlere Spannung zeigende Puls, sowie das Aussehen der Zunge.

Der jeweiligen Richtung, welche die Reaction einschlägt, muss unter genauester Berücksichtigung der Individualität des Kranken der Arzt Rechnung tragen; die Erscheinungen der perturbatio critica und die Uebergänge zur normalen Reaction (die kritischen Vorgänge) bedürfen einer doppelt vorsichtigen Behandlung, damit man ebenso wenig störend in den natürlichen Anpassungsvorgang eingreife, als die Zeit versäume, die zweckmässige Reaction zu fördern und die zweifellos falsche zu bekämpfen. Zur Zeit der Krisen muss sich der Arzt vor Allem vor unnützen hypurgischen Eingriffen hüten; sein Bestreben muss vor Allem darauf gerichtet sein, den kranken, schon für Erhaltung seiner Existenz abnorm thätigen Organismus durch weitgehende Einschränkung der zur Zeit nicht nothwendigen Arbeit

nach Möglichkeit zu schonen, d. h. das erregte Gehirn durch Schlaf zu stärken und durch möglichste Verminderung der äusseren Arbeit den Verlust an Energie möglichst gering zu gestalten. In allen jenen Fällen, wo die uns sichtbaren Aeusserungen des Bewusstseins und Willens, die sich im Verständniss der Aussenwelt und in gewollter, activer Thätigkeit zu erkennen geben, gehemmt sind, da muss die zielbewusste Thätigkeit des Krankenpflegers an die Stelle des Bewusstseins und Willens des Kranken treten. Wo relative Integrität der Reflexthätigkeit besteht, kann daher die Gehirn- und Muskelthätigkeit des Leidenden, ohne Schädigung der für die Erhaltung des Körpers wesentlichen Functionen, so lange in ihren spontanen Aeusserungen beschränkt bleiben, bis eine günstige Veränderung des Zustandes eingetreten ist. Somit dürfte es in der Mehrzahl der Fälle am vortheilhaftesten sein, den Kranken nicht aus seiner wohlthätigen Apathie zu erwecken, sondern ihn ruhig schlafen zu lassen, und nur für sorgfältige Pflege und Reinigung der durch Druck besonders belasteten Partien des Körpers, für gute Mundpflege, für reichliche Zufuhr des im Fieber verbrauchten Wassers, für einfachste Nahrung und für rechtzeitige Entleerung der Blase und des Darmes zu sorgen. Wenn man ferner bei den höheren Graden des Fiebers durch periodische, nicht dauernde, Application von Eisblasen auf Kopf und Unterleib oder durch kalte, resp. laue Waschungen und entsprechende Packungen den Tonus des Nervensystems und der Haut anzuregen sucht, oder bei Kranken, die bereits kritisch entfiebert sind und kühle cyanotische Extremitäten zeigen, der weiteren Verminderung des Wärmevorrathes durch sorgfältiges Bedecken der äusseren Theile und Application von Wärmeflaschen vorbeugt, so hat man alle Leistungen übernommen und alle Anforderungen erfüllt, die sonst Sache der bewussten Willensthätigkeit sind, und erzielt eine Ersparniss an Energie, die für die Regulirung des normalen Gleichgewichtes von grossem Nutzen ist. — (Berl. Klinik; Zeitschr. f. Krankenpfl. Sept. 1899.)

Kleine Mittheilungen.

Ueber die Behandlung der Hyperemesis gravidarum mit Cocainum muriaticum. Von Dr. Swonnikow. Von der Ueberzeugung ausgehend, dass die Hyperemesis gravidarum durch

reflectorische Reizung des Magens von Seiten der Gebärmutter infolge Reizung des N. sympathicus bedingt wird, entschloss sich Vf., die Wirkung des Cocaïns bei dieser Krankheit, welche bisweilen sämmtlichen Massnahmen trotzt, zu prüfen. Für den ersten Versuch wählte er einen Fall mit äusserst schwerem Krankheitsverlauf. Derselbe betraf eine 21jährige Erstgebärende, welche niemals an irgend welchen Darmstörungen gelitten und sich überhaupt stets einer vorzüglichen Gesundheit erfreut hatte. Vom dritten Schwangerschaftsmonate an stellte sich bei der Patientin des Morgens Uebelkeit ein; dieselbe ging bald in Erbrechen über, welches sich schliesslich derart verschlimmerte, dass die Patientin alle 10—15 Minuten Schleim, Galle und selbst Blut erbrach. Die Patientin war bereits vollständiger Erschöpfung nahe, sie vermochte nicht einmal einen Schluck Wasser zu nehmen, ohne dass sich nicht unstillbares Erbrechen einstellte. Sie wurde bereits mit allen möglichen Mitteln ohne Erfolg behandelt. Die vom Vf. in diesem verzweifelten Falle eingeschlagene Behandlung war folgende: Er führte in die Scheide einen Spiegel ein, fixirte in demselben den Scheidentheil des Uterus, führte in die Oeffnung des Gebärmutterhalses eine metallische Uterussonde ein, welche am oberen Ende einen in 20°/₀ige Lösung Cocain. muriat. getauchten Wattebausch trug, und beliess sie dort für die Dauer von 3 Minuten. Der Erfolg übertraf jede Erwartung; im Laufe des Tages stellte sich bloss 3mal leichte Uebelkeit ein und die Patientin nahm eine Tasse Bouillon, ein Ei und eine Tasse Milch zu sich, ohne zu brechen. Am nächsten Tage wurde die Procedur wiederholt und seitdem war das Erbrechen für immer verschwunden. Nach diesem Versuch hat Vf. diese Behandlungsmethode in 77 Fällen angewandt und fast stets mit demselben Erfolge, nur mit dem Unterschiede, dass in manchen Fällen eine Application genügte, in anderen dagegen zwei oder drei Applicationen erforderlich waren. — (Wratsch; Deutsche Med.-Ztg.)

Ueber **Carbolsäuretabletten.** Seit mehreren Jahren ist der Versuch gemacht worden, durch Zusatz eines passenden Excipiens die Carbolsäure in eine haltbare feste Masse umzuwandeln, die sich in Tabletten formen liesse. Es ist nun Lutze gelungen, Carbolsäuretabletten herzustellen, welche je 1 g Carbolsäure enthalten. Dieselbe wird mit Borsäureanhydrid zu 20°/₀ versetzt, welches ralativ grosse Mengen Feuchtigkeit zu binden

im Stande ist, ohne selbst in den flüssigen Zustand überzugehen. Jede Tablette wiegt 1·25 g, wovon 0·25 auf Borsäureanhydrid entfallen. Bei der Auflösung der Pastillen sieht man die Carbolsäure tröpfchenförmig aus den Tabletten hervorquellen. Die Auflösung geschieht in kaltem Wasser und geht, nachdem die Tablette kurze Zeit mit demselben in Berührung gestanden hat, durch Schütteln schnell vor sich. Die Tabletten sind vollkommen weiss, haben einen Breitendurchmesser von 1·5 cm und sind 0·6 cm dick. Die Herstellung von 2- oder 3%igen Lösungen wird in einfachster Weise durch Lösung einer genügenden Zahl von Tabletten in der vorhandenen und bekannten Wassermenge bewerkstelligt; bei der Herstellung grösserer Mengen von Lösung ist es einfacher, das erforderliche Tablettenquantum abzuwägen. 1000 Stück Tabletten enthalten 1 kg Acidum carbolicum cristallisatum, und es entsprechen 125 g der Tabletten 100 g Acid. carbolic. cristallisatum. Geruch und Geschmack der Tabletten garantiren gegen allfällige Verwechslungen. Der Preis derselben wird nicht wesentlich höher sein, als derjenige der Carbolsäure. — (Deutsche med. Wochenschr.; Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Salzwasserinfusionen zur Bekämpfung des Herzcollapses in acuten Infectionskrankheiten. Von H. Lenhartz. L. stützt sich auf Versuche von Pässler an künstlich inficirten Thieren, bei welchen Salzwasserinfusionen den tief gesunkenen Blutdruck bedeutend steigerten. Bei kaum fühlbarem Puls z. B. von Typhuskranken sah L. nach Infusionen schon von 200—300 cm³ Salzwasser deutliche Besserung des Pulses auftreten; sehr oft wurde Steigerung der Diurese beobachtet. Neben Typhus kommt Pneumonie, Brechdurchfall und Ruhr in Betracht. Besonders geeignet für Salzwasserinfusionen sind auch solche Erkrankungen, bei denen jegliche Nahrungszufuhr sich verbietet, wie Ileus, Peritonitis, Perityphlitis, subphrenische Abscesse. Neben der Beseitigung der Kreislaufstörung wird eine Durchspülung des Organismus erzielt. Die Infusion der 0·6%igen Kochsalzlösung geschieht in diesen Fällen subcutan; als Einstichstelle wird die Haut der Oberschenkel, des Bauches oder der seitlichen Brustwand gewählt, die abgeseift, mit Aether gründlich abgerieben und nachher mit Zinkpflaster geschützt wurde. Die Infusionsmenge betrug bei zarten Kindern 100—200 cm³, bei Erwachsenen ½—1 l in einer Sitzung. Die auf 40° erhitzte sterile Flüssigkeit wurde von

den trocken sterilisirten Glasbehältern aus $^1/_2$—$1^1/_2$ m Höhe zugelassen. Die Aufsaugung ist in wenigen Stunden beendet; dann kann die Infusion wiederholt werden. Im Ganzen kann die Infusion, wenn nöthig, sehr oft gemacht werden; L. berichtet von Kranken, die im Ganzen bis 25 l Salzwasser erhalten haben. Bei sehr elenden Kranken ist es gut, jedesmal kleine Mengen, nicht mehr als 200 bei Erwachsenen, zu infundiren, um Ueberfüllung des rechten Herzens zu vermeiden. — (Ther. d. Gegenw.)

Aspirin, ein neues Salicylpräparat. Von Dr. K. Witthauer. Die guten Erfolge, welche Wohlgemuth in der v. Leyden-schen Klinik mit diesem Mittel bei der Behandlung des Gelenkrheumatismus gesehen hatte, werden vom Vf., der über mehr als 50 Krankengeschichten verfügt, bestätigt. Das Präparat erwies sich dem salicylsauren Natron bei Bekämpfung des Fiebers und der Schmerzen völlig gleichwerthig, übte jedoch auch bei sehr schwer Kranken nie eine ungünstige Wirkung auf Herz und Magen aus. Der Appetit ging andauernd gut, Ohrensausen wurde nur einmal bei einem stark anämischen Patienten beobachtet. Vf. gab das Aspirin bei Erwachsenen in Dosen von 1 g (auf 3 g gestossenen Zucker in einem Esslöffel Wasser angerührt) in Gaben von 4—5 g täglich. — (Therap. Monatsh.; Deutsche med. Wochenschr.)

Michailow hält das **Methylenblau** nicht nur für ein ganz nutzloses, sondern auch für ein schädliches Arzneimittel. Er bekämpft Ehrlich's Theorie über die Wirkung dieses Färbkörpers und führt vor Allem eigene Thierversuche ins Feld. Bei Kaninchen, die 20 Tage lang Methylenblau bekommen haben, findet man seröse Ergüsse in sämmtlichen Körperhöhlen, auch im Centralcanal des Rückenmarks und den Gehirnventrikeln, das Blut enthält Methämoglobin, Niere und Leber weisen entzündliche Veränderungen auf. Schon Combemale hatte Methämoglobinisirung des Blutes nach Einführung von Methylenblau nachgewiesen und darauf die schmerzstillende Wirkung desselben zurückgeführt. — (Pet. med. Wochenschr.; Berl. klin. Wochenschr.)

Fluoroform. Auf dem Mittelfränkischen Aerztetage referirte Dr. Stepp über seine Erfolge bei Anwendung des Fluoroforms gegen Tuberculose, indem er Folgendes ausführte: Das neue Präparat hat die Formel $CHFl_3$, ist gasförmig, und löst sich im Wasser zu 2·8%. Als Fluoroformwasser — Aqua

Fluoroformii — findet es am Krankenbett praktische Verwendung und wird 4—5mal täglich kaffee- bis esslöffelweise gegeben. Es ist nahezu geruch- und geschmacklos und hinterlässt beim Schlucken ein leichtes Kratzen am Gaumen. Die Versuche erstreckten sich auf die verschiedenen Formen der Tuberculose. Es ergab sich, dass von 14 Fällen von Lungentuberculose 9 äusserst günstig beeinflusst wurden. Es handelte sich um jahrelang bestehende derbe Infiltrate, welche sich nach mehrmonatlicher Behandlung vollständig zurückbildeten unter Nachlass des Auswurfs, Aufhören der Nachtschweisse und Zunahme des Körpergewichtes. Bei 5 Fällen war die Behandlung nach anfänglicher Besserung ohne Erfolg. Es waren dies Fälle mit Cavernenbildung und mit Neigung zum Zerfall des Lungengewebes. Bei peripherer Tuberculose war der Erfolg der Behandlung geradezu auffallend. Bei einem 8jährigen Knaben, welcher seit 6 Jahren an tuberculöser Kniegelenkentzündung mit Fisteln und starker Eiterabsonderung litt, trat nach 2 Monaten Heilung ein. Bei einem 46jährigen Manne, welcher seit 4 Jahren an Tuberculose des rechten Knies litt, trat eine Minderung des Knieumfanges (40 cm) um 2 cm innerhalb 4 Wochen ein unter gleichzeitiger Abnahme der Schmerzen. Ein seit 1 Jahre bestehendes tuberculöses Analgeschwür geht der Heilung entgegen. Von besonderem Interesse ist ein Fall von Lupus: Ein 33jähriges Fräulein litt seit 28 Jahren an ausgedehntem Lupus des Gesichts. Im Laufe dieser Zeit wurden alle Methoden, über welche der jeweilige Standpunkt der Wissenschaft verfügte, nutzlos versucht. Nach längerer Anwendung des Fluoroformwassers — 100·0 täglich — stiessen sich die lupösen Herde unter vorausgehender schmerzhafter Röthung und Schwellung ab und eine grosse Wunde lag zu Tage, welche sich mit normaler Haut überdeckte. Vortragender hält nach diesen Erfahrungen die Wirkung des Fluoroforms auf tuberculöse Infiltrate für sehr wahrscheinlich und will nur die Fälle von Lungentuberculose ausschliessen, welche Cavernen zeigen und zu raschem Zerfall neigen. Das Fluoroform ist ungiftig und beeinträchtigt die Verdauung in keiner Weise. — (Wochenschr. f. Therap. u. Hyg. d. Aug.).

Zur Arsen-Dosirung. Von Dr. Vehmeyer. Das gebräuchlichste Arsen-Präparat ist der Liquor Kalii arsenicosi, welcher mit 0·5 pro dosi, 2·0 pro die maximaldosirt ist. Vf. pflegt denselben mit einem Eisenpräparat zu combiniren (Liq. ferri album. 100·0, Liq.

Kal. arsenic. 10·0) und liess hievon bisher viermal täglich einen Theelöffel voll nehmen. Diese Dosis ist, wie Vf. zwei unfreiwillige Vorkommnisse überzeugt haben, nicht nur nicht zu hoch, sondern eher zu niedrig und nicht nur nicht gefährlich, sondern eben erst in ihren höchst zulässigen Verordnungen heilkräftig und wirksam. Frauen, denen Vf. obige Composition verschrieben, hatten die Signatur missverstanden und die Mixtur, statt theelöffelweise, im Esslöffelmass genommen. Die Damen hatten reichlich das Dreifache der zulässigen Einzel- und Tagesdosis eingenommen, ohne dass Giftwirkungen eingetreten wären. Auf Grundlage dieser Erfahrungen hat Vf. es gewagt, die Maximaldosis zu übersteigen, und zwar mit dem besten Erfolge. Er hält deshalb bei der Arsen-Therapie sowohl die Penibilität der Einleitung, als die minutiöse tropfenweise Steigerung für etwas pedantisch, gibt den Liq. Kal. arsenic. anstandslos in viermal täglich 12—16 Tropfen und erzielt damit bei den einschlägigen Krankheiten eine viel augenfälligere Besserung, viel kürzere Krankheitsdauer, und zwar ohne irgend welche intestinale oder periphere Störungen. Vf. ist der Meinung, dass die Maximaldosen der Arsenpräparate niedrig sind, und dass hierin vielfach der Grund für missglückte Heilversuche liegt. — (Med. Wochenschr. f. Therap. u. Hyg. d. Aug.)

Ueber die therapeutische Verwerthung der Salivation. Die Secretionsorgane, die Nieren, die Darm-, Haut- und Speicheldrüsen haben zur Aufgabe die Entfernung aus dem Organismus von unnützen oder schädlichen Bestandtheilen, die störend auf die normalen Functionen des Organismus wirken können. Neben dem Wasser und den normalen Stoffwechselendproducten gelangen auch Toxine und Mikroorganismen auf diese Weise zur Ausscheidung. Die künstliche Anregung der Secretion zur Entfernung pathologischer Flüssigkeitsansammlungen aus dem Organismus wurde bisher hauptsächlich in Form der künstlichen Diurese und Diaphorese therapeutisch verwerthet. Neuerdings hat Leube die Beobachtung gemacht, dass durch eine spontan sich einstellende enorme Salivation in kurzer Zeit die vollständige Resorption einer sehr reichlichen Ascitesflüssigkeit erfolgte. Ohne jede Veranlassung gab der betreffende Kranke in 24 Stunden nicht weniger als 3 Liter Speichel von sich, womit der gewaltige Ascites vollständig verschwand. Auch die folgende Zeit entleerte der Patient noch 300—1000 cm^3 Speichel, so dass es zu einer erneuten

Ascites nicht mehr kam. L. suchte nun diese Beobachtung therapeutisch zu verwerthen, indem er in mehreren Fällen von Pleuritis exsudativa durch Kauen von Gummitabletten eine bedeutende Speichelsecretion hervorbrachte. In fünf Fällen sah er viermal das Exsudat verschwinden. In zwei Fällen von Ascites gelang die Einleitung der Resorption durch die Ptyalyse einmal, einmal nicht. L. glaubt in der Ptyalyse ein Verfahren zu besitzen, welches künftighin mit der Diurese und der Diaphorese abwechselnd angewandt werden kann, wenigstens da versucht werden sollte, wo ein anderes Resorptionsverfahren nicht zum Ziele führt. — (Münch. med. W.; Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Receptformeln.

Bei Hemikranie reicht Collins:

1. Rp. Zinc. phosphor. 0·015
Ferr. hydrogen. reduct. 1·20
Extr. nuc. vomic. 0·12

M. f. mass. pilul., e qua formentur pilul. Nr. octo. D. S. 2 - 3 Pillen täglich.

2. Rp. Zinc. valerian.
Ferr. sulfur.
Asae foetid.
Extr. rhei aquos. } āā 1·20

M. f. mass. pilul., e qua formentur pilul. Nr. viginti. D. S. 3 Pillen täglich zu nehmen.

3. Rp. Coffeini 0·03—0·09
Phenacetini 0·3

M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. sex. S. Im Anfalle 1 Pulver in heisser Flüssigkeit zu nehmen.

Bei Angina tonsillaris:

1. Rp. Acid. salicyl. 0·5—1·0
Spir. vini q. sat. ad solut.
Glycerini 40·0
Aq. font. 60·0

D. S. Zum Touchiren.

2. Rp. Acid. lactic. 2·5
Ol. menth. gtt. X.
Aq. font. ad 250·0

D. S. Zweimal täglich zum Touchiren.

Gegen Hydrorrhoea nasalis benützt Lermoyez:

Rp. Atropin. sulfur. 0·005
Strychnin. sulfur. 0·05
Syr. cort. aurant. 400·0

D. S. Bei den Mahlzeiten 1—2 Kaffeelöffel voll zu nehmen.

Bei Coryza empfiehlt Roger:

Rp. Hydrogen. hyperoxyd.
Solut 2 % natr. bicarbon. } āā 50·0

D. S. Zur Nasenspülung. Darnach eine 10% Mentholsalbe in die Nase einzuführen.

Bei Variola gebraucht Nazaroff:

Rp. Ol. terebinth. rectific. 16·0
Spirit. vin. 30·0
Aq. dest. 150·0

D. S. Zur Waschung der erkrankten Hautpartien.

Bei Cystitis empfiehlt Mesnard:

Rp. Balsam. canadens. 20·0
Magnes. ust. 2·0
Sapon. medicin.
Benzoë } āā q. sat.

ut f. pilul. Nr. centum. Consperge magnesia.

D. S. 4—6 Pillen täglich.

Bei Haarausfall verwendet Balzer:

Rp. Acid. lact. 10·0
Spirit. vini (60%) 30·0

D. S. Zum Betupfen der erkrankten Stellen.

Bei Acetonurie empfiehlt Vergely:

Rp. Natr. subsulfurosi 0·2—0·4
Syr. flor. aurant. 10·0
Aq. font. 100·0

D. S. Zweistündlich ein Esslöffel.

Bei Anämie und beginnender Tuberculose verordnet Alksnis:

1. Rp. Acid. arsen. 0·06
Extr. nuc. vomic. 0·6
Haemogalloli 10·0
Gumm. arab. }
Sacchari } āā q. sat.
ut f. pilul. Nr. LX.

D. S. Dreimal täglich zwei Pillen nach den Mahlzeiten.

2. Rp. Haemogalloli 0·5
Extr. nuc. vom. 0·02
M. f. p. Dtr. dos. Nr. XX.

D. S. Dreimal täglich ein Pulver nach den Mahlzeiten.

3. Rp. Acid. arsen. 0·06
Extr. nuc. vomic. 0·6
Haemogalloli 10·0
Extr. rhei 1·0
Gumm. arab. }
Sacchari } āā q. sat.
ut f. pilul. Nr. LX.

D. S. Sechs Pillen täglich.

4. Rp. Acid. arsen. 0·06
Extr. nuc. vomic. 0·6
Morphium 0·15
Apomorph. mur. 0·08
Haemogalloli 10·0
Gumm. arab. }
Sacchari } āā q. sat.
ut f. pilul. Nr. XXX.

D. S. Nach jeder Mahlzeit zwei Pillen zu nehmen.

Zu intratrachealen Injectionen bei Lungentuberculose empfiehlt Mende:

Rp. Ol. thymi }
Ol. eucalypti }
Ol. canellae } āā 5·0
Jodoformii }
Guajacoli }
Mentholi } āā 2·5
Bromoform 0·05
Ol. olivar. ad 100·0

D. S. Täglich 9—12 cm^3 unter der Leitung des Kehlkopfspiegels in die Trachea einzublasen.

Bei Cholera infantum empfehlen Hayem und Lesage:

Rp. Acid. lact. 3·0
Mucil. cydon. 25·0
Aq. font. 100·0

D. S. Halbstündlich von der in Eis gekühlten Lösung ein Kaffeelöffel zu geben.

Bei Schlaflosigkeit empfiehlt Pouchet:

1. Rp. Chloroformii 0·6
Aq. dest. }
Aq. naphae } āā 60·0
Morph. mur. 0·02
Syr. spl. 30·0

D. S. Abends zu nehmen.

2. Rp. Chloroformii 1·0
Aq. dest. 100·0
Aq. naphae 30·0
Natr. bromat. 2·0—4·0
Syr. spl. 20·0

D. S. Abends zu nehmen.

Bei Menstruationskolik empfiehlt Dalché:

Rp. Ergotini 1·0
Chin. sulf. 0·2
Pulv. fol. digit. 0·1
Pulv. fol. coca q. sat.
ut f. pilul. Nr. decem.

D. S. 3—5 Pillen zu nehmen.

Sitzungsberichte.

71. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Prof. Dr. Ernst v. Bergmann: Die Errungenschaften der Radiographie für die Behandlung chirurgischer Krankheiten.

Kann Nansen als leuchtendes Beispiel der wissenschaftlichen Forschung um ihrer selbst Willen gelten, so fällt dem Arzte die Aufgabe zu, die Resultate wissenschaftlicher Forschung zum Heile der leidenden Menschheit zu verwerthen. Das ist mit der Entdeckung Röntgen's geschehen. Keines Sehers Blick hat Bretter und Balken so hell durchdrungen, wie dieses schwarze Licht, keine Somnambule hat mit ihrem Hellsehen solche Geheimnisse entdeckt. Die neuen Strahlen thaten das Alles mit grosser Sicherheit und schienen so ein Wunder. Da in den Menschen des 20. Jahrhunderts immer noch viel von dem Wunderglauben des 13. Jahrhunderts steckt, ist auch in den neuen Strahlen, wie im Wasser und in der Sonne, ein neues Allheilmittel gesucht worden. Man setzte auf die Heilkraft der Strahlen übertriebene Hoffnungen, man versuchte alle möglichen Krankheiten mit ihnen zu heilen, und es entstanden die Lichtheilanstalten. Allein auch hier überzeugte man sich bald davon, dass es Wundercuren nicht gibt; es ist nicht wahr, dass man auf andere Weise heilen kann als indem man seine Kenntnisse mehrt. Und speciell in dem vorliegenden Falle vergass man, was Alles die in der Nähe des Apparates Befindlichen trifft. Es sind nicht bloss die Wellen des schwarzen Lichtes, sondern auch die von den elektrischen Entladungen ausgehenden Wellen, Wärmestrahlen und eine Menge chemisch wirkender Strahlen. Thatsächlich beschränkt sich die ganze Wirkung der Strahlen aber auf Röthung und oberflächliche Entzündung der Haut und erzielt ungefähr dieselbe Wirkung, wie z. B. Senfpflaster. Die Zeiten der Erwartung mystischer Einwirkungen der neuen Strahlen sind vorüber. Die Medicin erwartet von ihnen nur noch eine Förderung der Erkenntniss bezüglich der localisirten Veränderungen im Körper. Was sie in dieser Richtung bisher gebracht haben, ist genug, um sie aus dem Dienste der Medicin nicht mehr ausscheiden zu lassen. Redner entrollt ein Bild der neuen Untersuchungsmethode, ihrer Vortheile und ihrer Grenzen. Der medicinischen Fundamentalwissenschaft, der Anatomie, ohne deren genaue Kenntniss die Therapie werthlos ist, leisten sie dankenswerthe Dienste. Für die Diagnose von Krankheiten der inneren Organe ist die Radioskopie noch ziemlich werthlos. Es ist nicht möglich, aus den verschwommenen Bildern, die das Röntgenlicht z. B. von der Lunge liefert, zu erkennen, ob eine beginnende Tuberculose vorliegt. Durch Percussion gelingt es immer noch besser, Herzumfang oder Ausschwitzungen des Brustfelles zu erkennen, als durch die Radiographie, ja nicht einmal über die Lage von Gallen- oder Blasensteinen erhält man bestimmten Aufschluss. Freilich darf dabei die Vervollkommnungsfähigkeit der Röntgenphotographie nicht ausser Acht gelassen werden; man macht ja heute schon Aufnahmen schwieriger Körpergegenden, wie der Schultern oder Hüften, in zwei Secunden, die früher sechzehn Secunden erforderten, und es ist nicht ausgeschlossen, dass die fortschreitende Technik neue und ungeahnte Ergebnisse liefert. Das Bestreben, die Untersuchungsgebiete zu erweitern, ist vorhanden; so weit aber, wie man zu sein vielfach glaubt, sind wir noch lange nicht.

Von grosser Bedeutung ist die neue Entdeckung für die Chirurgie. Am besten haben sich die Röntgenstrahlen bei der Auffindung von Fremdkörpern und bei Knochenbrüchen bewährt. Die Auffindung von Fremdkörpern, die Verfolgung des Weges, die sie im Organismus nehmen, und die daraus sich ergebende Behandlung gehören zu den wichtigsten Errungenschaften, welche die Medicin den Röntgenstrahlen verdankt; sie haben nicht nur die Beseitigung von Fremdkörpern erleichtert, sie legen in vielen Fällen, in denen bis zu ihrer Anwendung in der Chirurgie Operationen vorgenommen worden wären, die Unterlassung derselben nahe, da solche Fremdkörper sehr häufig ohne Schaden für den Organismus im Körper bleiben können. So heilen Schiessprojectile oft recht gut ein und bleiben im Körper sitzen, ohne Beschwerden zu verursachen. Ihre Entfernung ist, wie durch die Röntgenstrahlen an ganz alten Fällen von eingeheilten Kugeln und Schroten gezeigt wurde, viel gefährlicher, da sie meist gefährliches und tiefes Eingreifen auf operativem Wege erfordern würde. So erkannten auch die französischen Aerzte bei dem Attentate auf Labori, dass sie besser thaten, die Kugel sitzen zu lassen. Sie ermöglichten so dem hervorragenden Advocaten, wenige Tage nach seiner Verwundung wieder zu plaidiren. Es gibt Fälle, in denen Flinten- und Revolverkugeln in die Lunge, in den Thorax nahe am Herzen und sogar bis an dieses heran gelangt sind; die Betreffenden tragen diese Fremdkörper, ohne von ihnen Beschwerden zu haben.

Die Darstellung des Knochensystems hat durch die Röntgenstrahlen grosse Bereicherung erfahren. An der Hand einer grossen Zahl von Röntgenbildern entrollt Redner fesselnde Bilder von den normalen und krankhaften Wachsthumsverhältnissen der Knochen, namentlich der Röhrenknochen und ganz besonders denen der Hand. In prägnanten Bildern führt er die unterscheidenden Merkmale für die in der Entwicklung begriffenen und für die vollständig entwickelten Knochen vor. Während an den Photographien von durchleuchteten Händen Neugeborener die Knöchelchen nur als strichweise kleine Schatten erscheinen und die dazwischenliegenden Knorpelmassen den Röntgenstrahlen fast keinen Widerstand bieten, erscheinen die Knochen der wachsenden älteren Kinder bereits deutlich als mit Epiphysen versehen, in denen die Wachsthumskraft liegt. Aus den Bildern lassen sich nicht nur die verschiedenen Altersstufen erkennen, sondern auch zugleich die Krankheiten, die das Wachsthum beeinflussen. Rhachitische Kinder können vermittels der Röntgenstrahlen jetzt viel sicherere Heilung erhalten; denn das Röntgenbild zeigt genau den günstigen Zeitpunkt für einen operativen Eingriff an, der früher nur mit grosser Mühe und nicht mit Sicherheit bestimmt werden konnte. Es lässt sich auch genauer constatiren, aus welchen Krankheitsgründen Zwerge entstehen, und französische Aerzte haben bereits mit Erfolg die Schilddrüsenpräparate da angewandt, wo sie durch eine Röntgenuntersuchung den wahren Grund eines krankhaften Zwergwachsthums erkannt hatten. Interessant sind die Beobachtungen, die mittels Röntgenstrahlen an der sogenannten Liliputanergruppe gemacht wurden. Die Durchleuchtung dieser Leute hat ergeben, dass ihre Knochen, abgesehen von der Kleinheit, ganz regelrecht gebildet sind, dass sie vollkommen ausgebildete Epiphysen und damit die Bedingungen des Wachsthums besitzen. In der That wachsen die Leute auch noch. Einer von ihnen ist in der Zeit vom 26. bis zum 36. Lebensjahre, in einer Zeit also, wo beim gesunden Menschen das Wachsthum vollständig aufgehört hat, um 20 cm gewachsen. Wenn das so weiter geht —

und dem Röntgenbilde nach besteht dazu alle Aussicht — so wird er in seinen alten Tagen wegen zu grosser Körperlänge aus der Truppe austreten müssen.

Wichtig sind die Röntgenstrahlen auch für die Diagnose von Anomalien, sei es bei fehlenden Gliedern oder bei überzähligen Gliedern wie bei Sechsfingerigen. Das Vorkommen überzähliger Finger war schon dem Propheten Samuel bekannt, da er eines Mannes aus Gad erwähnt, der je sechs Finger und je sechs Zehen hatte. Damals betrachtete man diese Missbildungen als ein Zeichen von besonderer Stärke. Nicht minder interessirten die vorangeführten Fälle von Händen mit Mittelfingern, die anstatt aus je drei Fingerknochen aus vieren oder, wie es beim Daumen ist, aus nur zwei Fingerknochen bestehen. Anderseits kommen zuweilen Hände mit durchwegs dreitheiligen Fingerknochen vor. Ehedem war man nicht im Stande, die Natur dieser Missbildung am lebenden Menschen zu ergründen, und die Geschichte der Wissenschaft weiss von sehr lustigen Entdeckungsgeschichten solcher Art zu erzählen. Heute genügt eine Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen, um den thatsächlichen Befund festzustellen. Das kann unter Umständen für das betreffende Individuum von einer überraschend unangenehmen Wirkung werden, wie nachfolgender Fall aus der neuesten Zeit beweist. Ein Arbeiter war durch eine Maschine zu Schaden gekommen; er klagte über Schmerzen an dem Unterschenkel nahe der Ferse. Dort fühlte man auch wirklich einen im normalen Skelett nicht vorhandenen Knochen. Dieser Knochen sollte durch jene erlittene Verletzung abgesprengt und eingeheilt sein. Da der Mann arbeitsunfähig gemacht zu sein behauptete, erhielt er eine ziemlich hohe Rente. Da kam nun der in diesem Falle schlimme Röntgen, dessen Strahlen in das dunkel Gebliebene hineinleuchteten. Diese zeigten die gleiche Abnormität auch am anderen Beine. Hiermit war der Beweis erbracht, dass jener eigenthümliche Zustand nicht durch eine Verletzung entstanden sein konnte. Die Unwahrheit der Aussage war durch den verrätherischen Röntgenstrahl an den Tag gebracht, und der Mann verlor seine Rente. — (Deutsch. Med.-Ztg.)

Verein für Psychiatrie und Neuralgie in Wien.

Dr. E. Raimann: Ueber Wirkung und Ausscheidung grosser Paraldehyddosen.

Der Vortragende berichtet über zwei Patienten, welche durch ein Zusammentreffen besonderer Umstände und das Versehen eines Wärters reines unverdünntes Paraldehyd in einer Dosis von je 50 g erhielten. Beide Kranke haben dieselbe ohne den mindesten Schaden vertragen. Es finden sich auch in der Literatur Belege für die Ungefährlichkeit weit grösserer Gaben dieses Schlafmittels. Nach einer kurzen Schilderung des Symptomenbildes, das die beiden Patienten dargeboten haben, resumirt der Vortragende die Resultate der von ihm durchgeführten eingehenden Harnanalysen dieser zwei Fälle. Es handelte sich um die Entscheidung der Fragen, ob und in welcher Form das Paraldehyd durch die Nieren ausgeschieden wird, ob auffallende Veränderungen im Harnbilde bestehen, und ob schliesslich Erscheinungen von Giftwirkung, z. B. Hämoglobinurie, auftreten würden. Es liessen sich vollkommen exact sehr geringe Mengen von Paraldehyd in den Urinen nachweisen; es fehlten alle pathologischen Harnbestandtheile. Neben der vermehrten Quantität und dem geringen specifischen Gewichte der secernirten Urine war bemerkenswerth die Verminderung des Säuregrades,

das Zurückbleiben der Phosphatausscheidung und schliesslich die Unmöglichkeit, irgendwelche Producte der Darmfäulniss in den Harnen nachzuweisen. Der causale Zusammenhang dieser Befunde mit der Einfuhr jener grossen Paraldehyddosen wurde durch Vergleichsanalysen erhärtet.

Die spärlichen bis nun vorliegenden Originalarbeiten über Ausscheidungs- und Stoffwechselverhältnisse nach Paraldehyddarreichung sind controvers. Der Vortragende stellt auf Grund von Beobachtung und Ueberlegung zunächst Folgendes fest: Das Paraldehyd wird nach Einfuhr per os von der Schleimhaut des Verdauungstractes ziemlich schnell resorbirt, kreist dann als solches im Blute und dringt in alle Gewebsflüssigkeiten. Ein grosser Theil desselben dunstet unaufhörlich durch die Alveolenwand der Lungen, ein kleinerer durch die äussere Haut ab; ein minimaler Antheil verlässt durch die Nierenepithelien den Körper; möglicherweise wird im Blute ein letzter Antheil, vielleicht nach einer Umlagerung zu Aldehyd, verbrannt und ergibt Kohlensäure und Wasser.

R. wendet sich gegen die Behauptung Ken Taniguti's, dass das Paraldehyd gleich dem Chloroform eine Steigerung des Eiweisszerfalles im Körper hervorbringe; er kritisirt die sonderbaren Versuche Prof. Fröhner's, der das Paraldehyd durchaus zu einem blutauflösenden Mittel stempeln wollte; er berechnet nach Thierversuchen, da keine diesbezüglichen Erfahrungen am Menschen vorliegen, die Dosis letalis für einen mittelschweren Erwachsenen mit 200 bis 250 g und vergleicht schliesslich die bei seinen zwei Patienten beobachteten Nebenwirkungen des Paraldehyd mit den verschiedenen Angaben der Autoren, deren viele nicht bestätigt werden konnten. Ohne zunächst weitere Consequenzen zu ziehen, glaubt der Vortragende durch seine Arbeit nicht nur einen neuerlichen praktischen Beitrag, sondern auch einen wissenschaftlichen Beweis für die hervorragende Unschädlichkeit des Paraldehyd geliefert zu haben.

Discussion: Hofrath v. Krafft-Ebing berichtet über einen Neurastheniker, der seit 13 Jahren Paraldehyd nimmt, u. zw. täglich 5, selten nur 3 g; im Ganzen hat derselbe somit in diesen 13 Jahren gegen 25 kg genommen; er bietet keinerlei darauf zu beziehende Symptome und hat niemals Misserfolg davon erlebt. Die vom Vortragenden betonte Ungefährlichkeit des Mittels kann v. Krafft-Ebing aus eigener Erfahrung durchaus bestätigen. — (Wien. klin. Wochenschr.)

Verein deutscher Aerzte in Prag.

Dr. C. Walko: Ueber Vergiftung mit Filix mas.

Nach den bisherigen Untersuchungen hängt die verschiedenartige Wirkung des Filixextractes hauptsächlich mit dem Alter der Species und dem Standorte der Drogue und mit der Disposition und Idiosynkrasie des Individuums zusammen. Vergiftungssymptome traten schon nach 4, 5 g in bedrohlichem Masse auf, dann wieder blieben auch nach hohen Gaben, z. B. 40 g, alle unangenehmen Nebenerscheinungen aus, auch die Tänie ging nicht ab.

Auch die Vergiftungssymptome sind nicht gleichartig. In der Mehrzahl der Fälle prävaliren die Störungen des Magendarmcanals, wie Ueblichkeit, Erbrechen, Leibschmerzen, Diarrhöen, während in anderen die Erscheinungen von Seite des Centralnervensystems, u. zw. theils Reiz-, theils Lähmungserscheinungen, mehr in den Vordergrund treten.

Von den nervösen Symptomen sind vor Allem die Sehstörungen zu erwähnen, die in circa 33% aller Vergiftungen auftreten und auch zur dauernden Amaurose führen können. Die Pupillen zeigen gewöhnlich eine Mydriasis, seltener Myosis, welche Erscheinungen auf den Einfluss des Filixextractes auf den Sympathicus und die Vasomotoren zurückzuführen sind. Weiter sind hier zu erwähnen Zittern, Schwindel, Kopfschmerzen, eptileptiforme und tetanieartige Anfälle, tonische Krämpfe vom einfachen Trismus bis zum allgemeinen Reflextetanus mit Opisthotonus, Benommenheit des Sensoriums, Delirien, schwere komatöse Zustände. Fast in allen schweren und letal endigenden Fällen traten die cerebralen Symptome in der Weise auf, dass es entweder nur zu tetanischen allgemeinen oder partiellen Krämpfen kam und dann der Exitus erfolgte, oder sich an diese Reizerscheinungen ein Lähmungsstadium anschloss.

Die Erscheinungen von Seite des Respirationstractus sind, nach dem Thierexperiment zu schliessen, einerseits durch directen Einfluss auf das Athemcentrum, anderseits durch die Krämpfe des Zwerchfelles und der übrigen Athemmusculatur bedingt. Bezüglich Herzwirkung ist wahrscheinlich eine directe Muskelwirkung der Filixbestandtheile anzunehmen. Ikterus und Albumerie sind seltenere Symptome.

Gelegentlich einer Bandwurmcur, welche an einer Patientin an der Klinik des Prof. R. v. Jaksch vorgenommen wurde, traten nach 5 g Filixextract äusserst schwere Vergiftungserscheinungen auf, trotzdem die Kranke fast das ganze Medicament erbrach. Der Fall ist insoferne erwähnenswerth, als das Vergiftungsbild in seinem Symptomencomplex fast sämmtliche bisher beobachteten Erscheinungen vereint darbot, welche für die Intoxication mit Filixextract als charakteristisch gelten können.

Wenige Minuten nach Einnahme des Mittels stellten sich Speichelfluss, Hypersecretion aus Nase- und Thränendrüsen, Schwindelgefühl und Nebelsehen ein, welches sich zur vollständigen Amaurose steigerte. Im weiteren Verlaufe traten Singultus, Würgbewegungen, Schling- und Zwerchfellkrämpfe ein, ferner Mydriasis, eine gleichzeitige Deviation der Augen nach aussen und oben, allgemeines Zittern, tonische Streckkrämpfe der Extremitäten, Trismus, Opisthotonus und kurzdauernde Bewusstseinsstörung mit nachfolgendem Lähmungsstadium. Gleichzeitig mit den Krämpfen kam es zu Collapserscheinungen, wie starker Dyspnoë, Cyanose, Pulslosigkeit und Sinken der Körpertemperatur. Nach Kampherinjectionen und äusseren Hautreizen besserte sich der Anfall, wiederholte sich jedoch später in gleicher und heftigerer Weise. Sodann erfolgte dauernde Erholung, nach zwölf Stunden Abgang der Tänie mit dem Kopfe.

Als das toxische Princip des Filixextractes galt nach vielfachen Untersuchungen die Filixsäure. Neuere Untersuchungen von Böhm haben aber ergeben, dass neben ganz ungleichmässiger und in geringem Masse vorkommender Filixsäure hauptsächlich das Aspidin, das Albaspidinin, das Aspidinin neben der indifferenten Flavaspidsäure und dem Aspidinol die wirksamen Bestandtheile bilden.

Da bisher über das Schicksal der Filixbestandtheile im Organismus keine genaueren Angaben vorliegen, wurden diesbezüglich Versuche unternommen.

Dabei zeigte sich, dass sowohl die Filixsäure, wie der Filixextract selbst, in sehr geringer Menge mit Blut und Leberbrei nach mehrstündigem bis tagelangem

Digeriren bei Körpertemperatur in dem entsprechend gewonnenen Aetherextract noch deutlich nachweisbar sind, in der Leber jedoch anscheinend zersetzt werden. Anderseits gehen dieselben nach subcutaner Application beim Kaninchen theilweise in den Harn über. Auch nach stomachaler Verabreichung des Filixextractes beim Menschen lässt sich der Uebergang einer Substanz in den Harn nachweisen, welche entweder selbst Filixsäure oder einer der von Böhm gefundenen Bestandtheile des Extractes ist.

Nach Darreichung von Filixextract beim Menschen fand der Vortragende manchmal bei Ausschluss von Eiweiss und Zucker öfters eine reducirende, jedoch linksdrehende Substanz im Harne, welche er anfangs für gepaarte Glycuronsäure hielt, die quantitative Bestimmung ergab jedoch stets ein Fehlen derselben. Auch das Mengenverhältniss zwischen der Sulfatschwefelsäure und den Aetherschwefelsäuren zeigte nach Filixdarreichung nie eine besondere Aenderung der Ausscheidungswerthe, was insoferne von Wichtigkeit ist, als die bei einer vollständigen Zersetzung der Filixsäure entstehenden Phenole, wie sie Böhm bei der Spaltung der Filixsäure in Form von homologen Phloroglucinen erhielt, eine Erhöhung der Aetherschwefelsäure bedingen sollten.

Nachdem also diese Bestandtheile des Filixextractes zum Theile im Körper zersetzt werden, zum Theile unverändert in den Harn übergehen, lässt sich die manchmal eintretende Giftwirkung dahin erklären, dass die toxischen Bestandtheile nicht wie normaliter theilweise zersetzt werden, sondern gänzlich unverändert im Körper bleiben und so die eine oder die andere Substanz selbständig zu einer grösseren Wirkung gelangt. Anderseits könne die Vergiftung, insbesondere bei länger fortgesetzter Darreichung, darin ihren Grund haben, dass die resorbirten Bestandtheile nur langsam innerhalb eines längeren Zeitraumes wieder ausgeschieden werden und eine cumulative Wirkung nicht ausgeschlossen ist, wie die Thierversuche beweisen. Die Intoxication kann ferner auch so zu Stande kommen, dass nicht sofort nachher ein rasch wirkendes stärkeres Abführmittel verabreicht wurde. Nur dadurch ist es möglich, einer Resorption vorzubeugen, ohne damit die Einwirkung auf die Darmparasiten zu mindern. Da der Filixrausch der Letzteren nur kurze Zeit dauert, ist es auch deshalb indicirt, eine möglichst rasche Entleerung des Darmes vorzunehmen, um einem Wiederansetzen des Kopfes vorzubeugen.

In der Discussion bemerkt Prof. Ganghofner, dass der oben erwähnte Fall zur grössten Vorsicht mahnen müsse. Es sei früher angenommen worden, dass nur bei grossen Dosen des Mittels und bei öligen Abführmitteln Vergiftungserscheinungen auftreten und er habe deshalb stets nur kleine Dosen (bei grossen Kindern höchstens nur 5 g) und Sennapräparate, sowie ausgiebige Darmirrigation angewendet, u. zw. stets mit dem besten Erfolge. Von der Anwendung anderer Mittel sei er wegen der Unsicherheit und des widerlichen Geschmackes abgekommen. Da in diesem Falle die schwersten Erscheinungen schon nach einer geringen Dosis und ohne dass Ricinusöl angewendet worden wäre, auftraten, so hätte man dieses Mittel aufzugeben und ein ungefährliches zu erproben, auch auf die Gefahr hin, zahlreiche Misserfolge zu haben.

Dr. Walko: In Berücksichtigung selbst der selten und gewissermassen zufällig erfolgenden Intoxicationen mit Filixextract hat seinerzeit Paltauf den Vorschlag gemacht, dieses Mittel von Gerichtswegen zu verbieten, fand jedoch damit in Leichtenstern einen grossen Gegner. Derselbe hat das Filixextract nicht

allein als das beste Mittel bei Ankylostomiasis erprobt, sondern anderseits auch in Hunderten von Fällen dargelegt, dass das nachher als Laxans verabreichte Ricinusöl nie von schädlichen Folgen begleitet gewesen war. Um den bei Kindern und Erwachsenen bestehenden Ekel und Widerwillen gegen das genannte Medicament zu umgehen, empfiehlt sich die Anwendung des vorgeschlagenen Thymols. Dasselbe wurde an der Klinik des Prof. v. Jaksch in etwa 30 Fällen in Dosen von 8—12 g pro die mit dem besten Erfolge ohne schädliche Nachwirkung bei Bandwurmcuren angewendet.

Docent Dr. Friedel Pick hat in letzter Zeit von dem Helfenberg'schen Filixextract auch mit Ricinus günstige Erfolge ohne üble Zufälle gesehen, während die Darreichung der verschiedenen anderen Mittel niemals so gute Resultate, insbesondere was den Abgang des Kopfes betrifft, ergeben hat. Er fragt daher nach der Provenienz des in dem vom Vortragenden beschriebenen Vergiftungsfalle gereichten Extractes.

Dr. Walko sagt, dass in diesem Falle das gewöhnliche Präparat verwendet wurde, welches gleichzeitig anderen Kranken, selbst in doppelt so hoher Dosis verabreicht, sich als durchaus nicht schädlich erwies. Betreffs des Ricinusöles seien die Befürchtungen im Allgemeinen zu grosse, denn wenn es auch andere Bestandtheile in geringem Masse löst, birgt es auch anderseits die Garantie einer raschen Entleerung des Darmes in sich. — (Wien. klin. Wochenschr.)

Wiener laryngologische Gesellschaft.

(Schluss.)

Ziem führt überhaupt die verschiedensten Augenleiden auf Erkrankungen der Nase zurück, die erst nach Heilung des in der Nase etablirten Krankheitszustandes schwinden. In der Sitzung unserer Gesellschaft vom 5. Jänner d. J. hat Prof Störk auf den Zusammenhang von Orbitalaffectionen mit Nebenhöhlenerkrankungen aufmerksam gemacht und sich über einige in seiner Behandlung befindliche Fälle dieser Art näher ausgesprochen. Auch in seinen Fällen hat das Sehvermögen, wie in denen Ziem's, gelitten, ja in einem erst später zur Behandlung gekommenen Falle war bereits Amaurose eingetreten, welche nicht mehr behoben werden konnte, wenn es auch gelang, die Schmerzen zu verhindern. Die von Ziem gemachten Angaben sind demnach von verlässlichster Seite bestätigt und die hier angeknüpfte Ermahnung, bei Herabsetzung des Sehvermögens auf den Zusammenhang mit dem Nachbarorgane frühzeitig Rücksicht zu nehmen, ist darum wohl zu beherzigen.

Aus dem bisher Besprochenen ist mit Bestimmtheit die Thatsache festzustellen, dass zwischen der Nase, ihren Adnexis und dem Auge, wie schon von Alters her bekannt, eine pathologische Relation besteht.

Von manchen Seiten wird im Thränen-Nasencanal selbst der Grund gesucht, von anderen wieder in der Nase, u. zw. in der Gegend des unteren Nasenganges dort, wo der Thränen-Nasencanal in die Nasenhöhle mündet, woselbst das Lumen der Nase obstruirende Processe angenommen werden, welche die Mündung des Canals verlegen und so zu Stauungsvorgängen führen können. (Grün, Glück.)

Rischawy hat in einer kürzlich hier gemachten vorläufigen Mittheilung auf ein neues Moment hingewiesen, u. zw. auf Veränderungen im Gebiete des mittleren Nasenganges, welche auch von hier aus auf chronische Thränenschlauchleiden einen Einfluss ausüben können.

Es gibt aber noch andere Wege und in der Literatur sind beiläufig nahe an 30 solche Fälle verzeichnet, wo per continuitatem durch die Nase oder deren Adnexa Augenerkrankungen auftreten können. Schon aus differentialdiagnostischem Grunde scheint mir die Kenntniss dieser für uns Rhinologen wichtig. In erster Linie sind es Anomalien der Dentition, wie Sie aus der hier vorliegenden Zeichnung sehen, welche Ihnen den Durchbruch eines rechten grossen Schneidezahnes durch den Canalis incisivus in die Nasenhöhle zeigt.

Wenn auch derartige Fälle zu den grössten Seltenheiten gehören, so ist doch mit ihnen zu rechnen.

Abgesehen von solchen Wachsthumsanomalien als directe Ursachen von Thränenschlauchleiden, gehören auch pathologische Zustände der Zähne mit zu den Ursachen, welche Augenerkrankungen, resp. Thränenschlauchleiden, wenn auch nicht immer direct veranlassen, so doch vortäuschen.

Zur Illustration dieses Satzes dient eine Anzahl von Fällen, welche in der Literatur verzeichnet sind.

Schliesslich will ich Ihnen hier ein Präparat mit Verlagerung des rechten und linken Eckzahnes zeigen, auf welches ich 1882 zufällig gelegentlich meiner anatomisch-histologischen Untersuchungen über Nase und Rachen stiess.

In der oberen Zahnreihe fehlen beiderseits die Eckzähne, rechterseits kam ich beim Durchsägen des Schädels in sagittaler Richtung von der Mittellinie nach rechts abweichend, auf den hier vorliegenden Befund.

Wenn ein so verlagerter Zahn in die Nasenhöhle durchzubrechen beabsichtigt, so kann es zur Ektasie am Boden der Nasenhöhle und leicht zur Obstruction des unteren Nasenganges kommen, ohne dass der Grund sichtlich nachweisbar wäre. Sind uns aber solche Dentitionsanomalien bekannt, so können wir nach Ausschluss anderer pathologischer Processe und bei genauer Untersuchung der Zahnreihe mit der grössten Wahrscheinlichkeit unsere Diagnose stellen und unser Handeln darnach einrichten. Bei Zuhilfenahme der X-Strahlen oder Röntgen-Durchleuchtung werden wir sogar mit Bestimmtheit unsere Diagnose stellen können. Das hier vorliegende Photogramm eines vor beiläufig drei Jahren mit Herrn Dr. Emil Bloch angestellten Versuches diene zur Unterstützung meiner Ansicht. — (Wien. klin. Wochenschr.)

Bücher-Anzeigen.

Die Tuberculose. Von Prof. G. Cornet in Berlin. Specielle Pathologie und Therapie von Prof. H. Nothnagel. Verlag von Alfred Hölder. Wien 1899.

Eine so umfassende Bearbeitung der Tuberculose, wie die vorliegende, besitzt die deutsche Literatur überhaupt nicht. Sie gewinnt aber überdies besonders an Interesse, weil sie im Geiste der Koch'schen Lehren von einem hervorragenden Schüler des Berliner Bacteriologen abgefasst ist. Der stattliche Band umfasst zwei Hauptstücke: die Aetiologie der

Tuberculose im Allgemeinen und die Lungentuberculose. Beide Theile sind mit grösster Sorgfalt und weitgehender Berücksichtigung der Literatur ausgearbeitet, so dass der Leser auch Einblick in den Stand der Detailfragen bekommt.

Rücksichtlich der Therapie stellt Cornet die hygienisch-diätetische Behandlung der specifischen voran und finden in diesem Capitel die Punkte, die den Praktiker besonders interessiren, klare Besprechung. Unter den specifischen Mitteln findet, wie sich von selbst versteht, die Tuberculinbehandlung Platz. Bezüglich dieses Mittels ist Cornet noch Opitmist unter Berufung auf einzelne Fälle. Er ist aber objectiv genug, auf die Zweischneidigkeit des Mittels aufmerksam zu machen, dennoch meint er, dass in Fällen, in welchen die anderen Methoden im Stiche lassen, immerhin, wenn die Krankheit noch nicht vorgeschritten, und Secundärinfection nicht besteht, noch der Versuch einer Tuberculinbehandlung zu machen ist. Diese Aeusserungen beziehen sich auf die erste Ausgabe des Tuberculins. Ueber den Erfolg des Tuberculin TR (der zweiten Edition) äussert sich der Autor nicht bestimmt. Er scheint dem ersteren Präparate den Vorzug zu geben. Cornet sieht im Tuberculin eben noch einen heilkräftigen Körper, dessen richtige Herstellung nicht ermöglicht wurde.

Mit der Besprechung der symptomatischen Behandlung schliesst das Werk. In diesem Capitel ist uns aufgefallen, dass Cornet bezüglich der Therapie der Hämoptoë noch auf Ergotin und Eisblase Gewicht legt.

Die Ausstattung des interessanten Buches ist eine musterhafte.

Die Epilepsie. Von Prof. Dr. Otto Binswanger in Jena. Specielle Pathologie und Therapie von Prof. H. Nothnagel. Verlag von Alfred Hölder. Wien 1899.

In der stattlichen Reihe vorzüglicher Werke von Nothnagel's Pathologie und Therapie kann der Darstellung der Epilepsie von Binswanger ein hervorragender Platz eingeräumt werden. Alle Theile, der klinische, experimentelle, pathologisch-anatomische sind gleich gediegen. Die schwierige Therapie der Epilepsie, die medicamentöse und operative ist, was für den Praktiker besonders wichtig ist, sehr ausführlich behandelt; sorgfältige, kritische Sichtung des Materials auf Grundlage eigener Erfahrung. Das Buch sei Jedem, der sich über Epilepsie belehren will, bestens empfohlen. Die Ausstattung ist hübsch.

Medicinal-Kalender. Taschenbuch für Civilärzte. 42. Jahrgang. 1900. Herausgegeben von Dr. Heinrich Adler, Verlag von Moritz Perles, Wien 1899.

Wir hatten schon häufig Gelegenheit, die Vorzüge dieses Kalenders, seine reichen Gaben für den praktischen Arzt hervorzuheben und wir wollen bemerken, dass dieser Jahrgang der Tradition treu geblieben ist. Die werthvolle Sammlung von Receptformeln ist auch in diesem Jahrgange sehr sorgfältig zusammengestellt. Die Ausstattung ist die üblich hübsche.

Herausgeber und verantwortlicher Redacteur: Dr. M. Heitler. — Verlag von Moritz Perles.
Druck von Johann N. Vernay in Wien.



Die palliative Behandlung der inoperablen Uteruscarcinome.

Von Dr. J. Heitzmann.

„Unter den heutigen Verhältnissen ist trotz der Entwicklung der operativen Technik die überwiegende Mehrzahl der an Gebärmutterkrebs Leidenden rettungslos verloren. Denn nur 10 bis 30 % aller Gebärmutterkrebse sind, wenn sie an den Frauenarzt gelangen, überhaupt noch operabel, und von den Operirten bleibt nur der dritte bis vierte Theil recidivfrei."

Mit diesen fast trostlosen Worten kennzeichnet ein Meister der gynäkologischen Operationstechnik, Prof. A. Dührssen,[1]) die Resultate der operativen Therapie bei dieser so häufigen und jährlich so viele Opfer fordernden Frauenkrankheit. Er macht nicht so sehr die verspätete Diagnose der Aerzte, als vielmehr die Indolenz und Unkenntniss der Frauen selbst hiefür verantwortlich. Letztere beachten eben die ersten, oft lange anhaltenden Erscheinungen ihrer Erkrankung gar nicht, und kommen erst dann zum Arzt, wenn sie von anhaltenden, intensiven Schmerzen getrieben werden.

Bei uns sind die Verhältnisse nicht im Geringsten anders, und da nach übereinstimmenden Berichten aus allen Culturländern diese Geissel des weiblichen Geschlechtes an Ausbreitung stetig zunimmt, so ist es nicht zu verwundern, dass die inoperablen oder nicht durch die Operation geheilten Fälle von Uteruscarcinomen an Zahl zunehmen und dem praktischen Arzt immer mehr zu schaffen geben.

Unter solchen Umständen ist es begreiflich, dass man vielseitig bemüht war, das schreckliche Leiden zu mildern und palliative Hilfe ausfindig zu machen. Thatsächlich haben sich die diesbezüglichen Vorschläge in den letzten Jahren gemehrt und einige von diesen Behandlungsmethoden sind auch wirklich geeignet, den erstrebten Zweck zu erreichen, nämlich, nicht die Krankheit zu heilen, aber den Verlauf derselben aufzuhalten und zu mildern, so dass die Existenz der unglücklichen Patienten doch einigermassen erträglicher sich gestaltet.

[1]) Deutsche Aerzte-Ztg. H. 9, 1899.

„Es ist nicht richtig, diese Art der Therapie geringschätzig anzusehen. Sie ist bei dem sonst trostlosen Zustande noch verhältnissmässig oft eine dankbare. Sie muss allerdings, um das zu sein, unter richtiger Auswahl der Fälle sorgfältig ausgeführt werden."

Diesen sehr zu beherzigenden Ausspruch hat jüngst ein hochbegabter Bearbeiter des bezüglichen Capitels in Veit's grossem Handbuche, der Frauenarzt Dr. A. Gessner[2]) gethan und das diesem Abschnitte vorausgeschickte Literaturverzeichniss zeigt deutlich, wie selbst namhafte Fachmänner bemüht waren, besonders in den letzten Jahren, auch für die inoperablen Uteruscarcinome palliative Behandlungsmethoden ausfindig zu machen, wobei manche beachtenswerthe Errungenschaft den Bemühungen des praktischen Arztes zu Gute kommt.

Die unglücklichen Opfer dieser entsetzlichen Krankheit sind dem Arzte für jede gewährte Linderung ihrer Pein dankbar und namentlich die Frauen aus den intelligenteren Kreisen, die ihren Zustand leider nur zu früh durchblicken, zollen ihrem Hausarzte für jede von einigem Erfolge begleitete Bemühung den aufrichtigsten und rührendsten Dank, der für die oft aufreibende Aufgabe die höchste Befriedigung gewährt.

Wir besitzen jetzt eine ganze Auswahl von Palliativmitteln, die unseren Schutzbefohlenen nicht nur vorübergehende Erleichterung verschaffen, sondern selbst in den hoffnungslos Verzweifelnden neue Zuversicht erwecken, ihnen, wenn auch nur auf die kurze Zeit von Monaten oder Wochen, neuen Lebensmuth zu fassen gestatten und damit ihre endlose Leidenszeit abzukürzen vermögen.

Drei Aufgaben hat in derartigen Fällen der Arzt zu erfüllen, entsprechend den drei Hauptsymptomen des Leidens, die für die damit Behafteten die quälendsten sind: Beseitigung der Blutungen, der starken jauchigen Secretion und der Schmerzen. Gegen jede dieser Erscheinungen besitzen wir eine Anzahl von Mitteln. Die geschickte Anwendung und Combination derselben zu einer einheitlichen Behandlung erfüllt demnach alle Anforderungen der palliativen Therapie. Kommt eines der Symptome zu einer besonderen Präponderanz, so ist natürlich das ganze Bestreben auf Bekämpfung desselben zu concentriren.

Im geeigneten Momente darf man auch von der Vornahme eines relativ geringfügigen operativen Eingriffes nicht zurück-

[2]) Handb. d. Gynäk. von J. Veit. Bd. 3, 2. Hälfte, Bergmann, Wiesbaden 1899.

schrecken. Durch eine möglichst gründliche Entfernung der erweichten Massen, die am meisten zur Blutung und Jauchung Anlass geben, kann man diese alarmirenden Erscheinungen auf einige Zeit unterdrücken oder doch auf ein so geringes Mass beschränken, dass dadurch die Aufregung der Kranken und ihrer Umgebung beschwichtigt, neue Zuversicht in ihnen erweckt wird.

Das geeignetste Mittel für diesen Zweck ist die Auskratzung der Wucherungen mittels des scharfen Löffels und nachträgliche energische Aetzung oder noch besser Kauterisation mit dem Paquelin'schen Thermokauter oder dem Brenneisen. Allerdings ist eine strenge Auswahl der hiezu geeigneten Fälle nothwendig. Dies bedingt wieder eine vorausgeschickte genaue Untersuchung und bimanuelle Abtastung, die unbedingt in der Narkose vorzunehmen ist.

Den besten Palliativerfolg beim geringsten Risico darf man sich in solchen Fällen vom Eingriff versprechen, wo das Neoplasma sich noch auf die Portio und das Collum beschränkt, wo dasselbe namentlich noch nicht oder doch nur ganz wenig auf den Fornix der Scheide übergegriffen hat. Bei den pilzförmig der Vaginalportio aufsitzenden Cancroiden, sowie bei dem Trichtergeschwüre, das die Portio mehr oder weniger zerstört hat und sich aufwärts in das Collum erstreckt. Eine derbe, harte Infiltration der nächsten Umgebung, besonders des Parametrium vermindert die Gefahren des Eingriffes, während eine allzu nahe und ungeschützte Nachbarschaft von wichtigen Hohlorganen des Beckens sehr unangenehme, selbst gefährliche Complicationen durch Eröffnung dieser Hohlorgane (Ureteren, Blase, Darm, besonders Rectum, Urethra) herbeiführen könnte. Aus diesem Grunde ist die genaue Ermittlung der topographischen Ausbreitung und der Umgebung des Carcinoms unerlässlich.

Die von mir aufgestellte Eintheilung der verschiedenen Formen des Collumcarcinoms mag wohl weniger wissenschaftlich zu begründen sein; für die praktischen Zwecke aber, so namentlich auch für die Auswahl der Fälle zur palliativen Operation, gibt sie brauchbare Directiven. Ich habe folgende Typen aufgestellt:[3])

a) Cancroide Entartung des Adenoms, Erosion mit maligner Drüsenneubildung;

b) kleinpapilläre Excrescenz, malignes Papillom, Blumenkohlgewächs;

[3]) Compend. d. Gynäk. von Dr. J. Heitzmann. Wien, Perles, 1891.

c) von einer Muttermundlippe ausgehende, auf das Collum übergreifende carcinomatöse Destruction, Trichtergeschwür;
d) in der Fläche fortkriechende epitheliale Wucherung, serpiginöses flaches Geschwür;
e) fibröse Intumescenz der Portio, Scirrhusknoten im Collum und an der Portio;
f) rapid wucherndes und zerfallendes medullares Carcinom.

Von all diesen Typen eignet sich begreiflicher Weise der letztgenannte am wenigsten für eine Auskratzung mit folgender Kauterisation; aber auch das flache epitheliale Geschwür erfordert grosse Vorsicht, da unbeabsichtigte Nebenverletzungen hier leicht vorkommen. Beide Formen greifen nämlich sehr bald auf die Scheide über. Ergibt die Specular- und bimanuelle Untersuchung in der Narkose günstige Auskunft, so schliesst man am besten den Eingriff sofort daran, um den meist älteren und herabgekommenen Kranken eine neue Narkose zu ersparen.

Gute Assistenz und Beleuchtung sind unerlässliche Bedingungen, da einerseits für genaue Diagnose Löffelspecula, Scheidenhalter, Katheter und andere Instrumente einzuführen sind, anderseits bei der Auskratzung stets eine stärkere Blutung aus grösseren Aesten der Arteria uterina, die leicht verletzt werden, zu gewärtigen ist. Aus diesem Grunde ist auch Alles für eine eventuell nothwendige Umstechung bereit zu halten. Geringere Blutung wird durch die nachträgliche Anwendung der Glühhitze am besten gestillt. Hiebei ist wieder eine, wenn auch bedeutungslose, aber für die Kranke recht unangenehme Verletzung der Vulva und Scheide sorgfältig zu vermeiden. Zum Schutze der Scheide verwendet man daher am besten Scheidenhalter aus Holz. Ein Irrigator mit eiskaltem Wasser oder solcher schwacher desinficirender Lösung soll also auch stets zur Hand sein, natürlich Tupfer mit Kornzangen in grösserer Anzahl.

Die Auskratzung selbst soll so gründlich wie möglich vorgenommen werden. Man darf sich nicht darauf beschränken, die oberflächlichen weichen Massen wegzuschaben, da einerseits dann die Blutung eine stärkere ist, anderseits sich die frühere copiöse Jaucheabsonderung gar zu bald wieder einstellt. Man hat sich ferner zu hüten, durch die Collum- oder Scheidenwand hindurch in das Parametrium an die grossen Gefässe zu gerathen. Bei genauer Beachtung des Gefühles der operirenden Hand merkt man zumeist an dem Widerstande, den der scharfe Löffel findet,

wenn man in das derbere Gewebe, also in das Grenzgebiet des Carcinoms gelangt ist.

Ein fortdauernder Strahl kalten Wassers dient zur Wegschwemmung des Blutes, sowie der abgekratzten Bröckel. Der zeitweise eingeführte Finger touchirt die Stärke der noch bestehenden festeren Wand und sichert so vor allzu weitem Vordringen. Fransige Unebenheiten, lose haftende Gewebsfetzen sind mit der Pincette zu fassen und mit einer gekrümmten Scheere abzutragen. Jetzt wird die Irrigation ausgesetzt. Durch fleissiges Abtupfen muss aber das Gesichtsfeld immer wieder frei sichtbar gemacht werden.

Die in solcher Weise erzeugte kraterförmige Höhle wird, sofern keine stärkere Blutung eine Umstechung oder ein spritzendes Gefäss die Unterbindung erfordert hat, mit dem Glüheisen oder dem Paquelin ausgebrannt, so dass sich an den Wänden der Wunde ringsum ein fester Schorf bildet. Sonst müsste man die Wundhöhle mit Dermatolgaze fest austamponiren, während diese nach Anwendung der Glühhitze ziemlich locker eingeführt wird. Die Nachbehandlung wird möglichst trocken durchgeführt. Einblasungen von desinficirenden und austrocknenden Pulvern, sowie neuerliche Einführung von Dermatolgaze erweisen sich hier am zweckmässigsten. Irrigationen werden am besten ganz unterlassen.

Im Allgemeinen wird dieser Eingriff gut ertragen. Nur eventuell entstandene Quetschungen durch das Speculum mit kleinen Einrissen, namentlich bei unachtsamer Handhabung des Glüheisens erzeugte Brandwunden der Vulva und des Scheideneinganges verursachen recht quälende Schmerzen, daher derlei Nebenverletzungen thunlichst vermieden werden sollen. In den ersten Tagen stellt sich recht häufig etwas Fieber ein, doch schwindet dasselbe stets in kurzer Zeit.

Die nach der Operation eingeführten Tampons sollen nicht zu früh entfernt werden, zumal der zuerst eingelegte, der alsbald an dem Schorf festhaftet und diesen bei zu früher Herausnahme lockern oder mitreissen würde. Die nächste Folge wäre neuerliche Blutung und starke Secretion. Die Gaze wird erst entfernt, wenn sie lose tiefer in die Scheide gelangt ist. Zum Einblasen in den Wundkrater eignet sich sehr gut Tannin, gemengt mit Borsäurepulver oder Xeroform, Dermatol etc. Gessner pinselt die Wundhöhle mit Tinctura jodi fortior aus mittels kleiner Wattebäuschchen, die damit getränkt wurden, wobei

sowohl die desinficirende Wirkung des Jods, wie auch die, eine Gewebsschrumpfung verursachende Wirkung des Alkohols zur Geltung kommen.

Wo nur überhaupt anwendbar, soll die palliative Behandlung mit dieser Operation eingeleitet werden. Die weitere Behandlung kann dann eine verschiedene sein. Während in letzterer Hinsicht die mannigfachsten Vorschläge und Empfehlungen zeitweise in den Publicationen auftauchen, herrscht bezüglich der vorbereitenden Auskratzung die weitestgehende Uebereinstimmung.

So bevorzugen manche Gynäkologen die spätere Anwendung von chemischen Aetzmitteln, ja manche ziehen deren Anwendung der Glühhitze auch unmittelbar nach der Operation vor.

Ein vielseitig angewandtes Aetzmittel ist das Chlorzink in wässeriger Lösung von 20 bis zu 50 %. Bei Anwendung desselben ist die Vulva und Scheide durch Tampons, die mit einer Lösung von doppelkohlensaurem Natron oder mit Fett getränkt sind, zu schützen. Diese Chlorzinkbehandlung kann auch mit der Anwendung der Glühhitze verbunden werden, indem nach beendeter Auskratzung der Wundkrater zuerst mit dem Glüheisen verschorft wird, und nachdem sich der Brandschorf abgestossen hat, die Chlorzinktampons eingeführt werden.

Das Chlorzink zerstört dann noch in der Tiefe die carcinomatös infiltrirte Umgebung, doch ist diese Wirkung eine schwer berechenbare, sie kann eben weiter greifen als beabsichtigt war. Perforation des Bauchfells, Anätzung der Wandung benachbarter Blutgefässe und Hohlorgane können die bösesten Folgen haben. Das Mittel ist daher nur mit grosser Vorsicht anzuwenden.

Ein früher sehr beliebtes Blutstillungs- und Aetzmittel war das Ferrum sesquichloratum solutum neutralisatum, das heute vielfach, zum Theil auch mit Recht verpönt ist. Man hat nämlich mit diesem Mittel sehr viel Missbrauch getrieben und es auch da angewendet, wo es offenbar von grösstem Nachtheile ist, wie bei Blutungen nach Abortus oder Partus, bei Verletzungen während der Entbindung u. s. w.

Das Eisenchlorid bildet einen schwarzkrümmeligen, sehr festhaftenden Schorf. Bei Blutungen aus kleineren Gefässen, besonders bei parenchymatösen Blutungen, gelingt es meist, dieselben sofort zu stillen. Die Wunde wird aber nicht desinficirt; unter dem Schorfe, der sich nur langsam abstosst, wuchern ganze Colonien von Bacterien, die dann die Umgebung inficiren.

Immerhin möchte ich gerade bei inoperablen Uteruscarcinomen auf das so einfach anwendbare und meist auch prompt wirkende Mittel nicht verzichten.

Die Anwendung geschieht entweder in Form von mit Eisenchloridlösung getränkten Tampons, die in den Wundtrichter eingepresst werden, wozu auch die fertig vorräthig gehaltene Eisenchloridwatte benützt werden kann, oder in Form von Ausspülungen mit verdünnten Lösungen. Man gibt zu einem Liter Wasser etwa einen Kaffeelöffel voll Liquor ferri, so dass die Lösung licht weingelb gefärbt erscheint. Solcher Lösungen kann sich unbeschadet auch die Kranke selbst bedienen, wenn sich öfter geringe Blutungen wiederholen.

Ein von der Wiener Schule schon seit Langem (C. v. Braun, Chroback) für diese Zwecke verwendetes Aetzmittel ist die rauchende Salpetersäure, welche, nach der Auskratzung in den Wundkrater vorsichtig tropfenweise eingebracht, die von der carcinomatösen Wucherung ergriffene Umgebung zu zerstören berufen ist. In einzelnen Fällen gelang es thatsächlich, auf solche Weise Dauerheilung, in anderen einen Stillstand auf mehrere Jahre in dem destructiven Processe zu erzielen: immerhin ein beachtenswerther Erfolg.

Auch das Kalium causticum wurde in früherer Zeit öfters angewendet; da es keine besondere Tiefenwirkung ausübt, eignet es sich für Fälle, wo es darauf ankommt, nach und nach auftretende neuerliche Wucherungen zu zerstören. Ebenso wirkt die Chromsäure, die aber bald wieder verlassen wurde, nachdem einige Vergiftungsfälle durch das Mittel bekannt wurden. Ich habe einige Male das chromsaure Kali benützt, um eine besonders starke Secretion einzuschränken. Mit einer ziemlich starken wässerigen Lösung werden kleine Baumwollbäuschchen getränkt und diese an die Wucherungen angedrückt, resp. diese damit bepinselt. Die Aetzwirkung ist dabei nur sehr gering, die Tendenz zu Blutungen wird in keiner Weise eingeschränkt.

Besser scheint sich die von Leopold angewendete concentrirte Carbolsäure für solche Zwecke zu eignen. Sie wird in grossen Zwischenpausen, etwa von einem Vierteljahre, an die Wucherungen applicirt, um deren Wachsthum in Schranken zu halten. Es gelingt auf diese Weise Blutung und Jauchung wesentlich zu mildern, zeitweise selbst ganz zu beseitigen. Hat sich der nach Auskratzung und nachfolgender Anwendung der

Glühhitze gebildete Schorf vollkommen abgestossen und fangen die alten Beschwerdsn an, sich wieder einzustellen, also etwa 1—2 Monate nach der Palliativoperation, so kann man zu dieser ausgiebigen Aetzung seine Zuflucht nehmen.

Es liesse sich noch eine lange Reihe von Blutstillungs- und Aetzmitteln, die in derartigen Fällen versucht wurden, anführen, so das Oleum Terebinthinae, die Milchsäure, Essigsäure, chlorsaures Natron etc. Sie alle werden im geeigneten Momente, richtig angewendet, gelegentlich ganz gute Dienste leisten, mit der verlässlichen Wirkung der früher angegebenen Mittel können sie aber nicht in Concurrenz treten. Immer aber ist bei Verwendung von Aetzmitteln grösste Vorsicht und Schutz der gesunden Umgebung geboten.

Diese bisher geschilderte Behandlungsmethode eignet sich nicht allein für die Collumcarcinome, die allerdings die häufigste Erscheinungsform darstellen, sondern auch für Carcinomwucherungen in der Scheide und im Uteruskörper. Im letzteren Falle ist meist auch die Zugänglichkeit dadurch erleichtert, dass der äussere und innere Muttermund bis zur Durchgängigkeit des untersuchenden Fingers, also auch für die Application des Schablöffels und der Aetzmittelträger genügend weit eröffnet sind.

An diese typische Behandlungsmethode knüpfen sich verschiedenartige Modificationen, die theils den Zweck verfolgen, den Effect des operativen Eingriffes zu vergrössern, theils durch parenchymatöse Injectionen eine Tiefenwirkung anstreben, um die gefährliche und unsichere Wirkung der Aetzmittel zu umgehen.

Eine schon seit Anfang der Achtzigerjahre von A. **Martin** geübte, von L. Rabenau*) beschriebene Modification des chirurgischen Eingriffes besteht darin, dass die durch Auskratzung gesetzten Wundflächen sofort vernäht werden. Nach der energischen Anwendung des scharfen Löffels werden die Parametrien unterbunden, dann der Uterusstumpf stark herabgezogen und nun stark gekrümmte Nadeln unter der ganzen Wundfläche hindurch bis zum Rande der Collum- oder Corpus-Schleimhaut durch den Stumpf geführt, die Fäden zusammengezogen und geknüpft. Dadurch kommen die durch die Auskratzung erzeugten Wundflächen miteinander in innigen Contact.

*) Ueber Vernähung der inoperablen Carcinome der Portio, Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13, 1883.



Ist dies infolge zu geringer Beweglichkeit des Stumpfes nicht ausführbar, so wird der ganze Beckenboden in möglichster Ausdehnung durch eine fortlaufende feste Naht wie in eine Matratzennaht gefasst. Durch diesen allerdings technisch nicht leichten Vorgang wird nicht nur die unmittelbare Blutung sicher gestillt, sondern auch die nachträgliche Anwendung von Aetzmitteln umgangen, die nach Abstossung des Aetzschorfes zu erwartende starke Jauchung vermieden. Aehnliche Versuche wurden auch in Wien von Chroback mit zufriedenstellendem Erfolge ausgeführt.

Eine andere Modification des operativen Eingriffes besteht in der von Sänger[5]) ausgeführten Thermokauterektomia cervicis. Rings um die Neubildung wird mit dem Thermokauter zuerst der Fornix vaginae durchgebrannt, dann das Septum vesico-cervicale. Ebenso werden die Parametrien und das rectrocervicale Bindegewebe langsam und allmälig bis hinauf zu den Peritonealfalten mit dem Glühmesser abgetrennt. So wird das ganze Collum in verkohlten Stücken entfernt und auch noch die Uterusschleimhaut möglichst zerstört. Die so ausgebrannte Höhle wird mit Jodoformgase austamponirt. Nach völliger Ausstossung des Schorfes kann dann die Chlorzinklösung in Anwendung kommen. So bildet sich eine feste rosettenartig zusammengezogene Narbe, die lange Zeit vor Wiederauftreten von Blutung und Jauchung schützt.

Aehnlich ist das Verfahren von Gottschalk,[6]) das erst vor Kurzem in dieser Zeitschrift (Juni 1899) referirt wurde. Hier wird nur nach Durchbrennung des Scheidenrohrs an der unteren Grenze der Neubildung, der umschnittene Scheidenlappen von unten nach oben von seiner Unterlage abgetrennt und in den Krater hineingestülpt, so dass die äussere Oberfläche des abgelösten Scheidenlappens mit der kauterisirten Fläche in Contact kommt. Hierauf Tamponade mit Jodoformgaze.

Ueber die Grenzen der operativen Eingriffe bei Uteruscarcinom haben erst jüngst namhafte Gynäkologen, so auch J. Veit[7]) ihre Meinung ausgesprochen (Ref. im Septemberheft d.

[5]) Ueber die palliative Behandlung des Carcinoma uteri. Centralbl. f. Gynäk., pag. 785, 1883.

[6]) Zur Behandlung des ulcerirenden. inoperablen Cervixcarcinoms. Centralbl. f. Gynäk. Nr. 3, 1899.

[7]) Ueber Operationen bei vorgeschrittenem Uteruscarcinom. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 15, 1899.

Zeitschr.). Ebenso hat Gellhorn[8]) die durch Anwendung des Glüheisens zu erzielenden Erfolge einer sachgemässen Besprechung (Ref. im Februarheft d. Zeitschr.) unterzogen. Auch Gessner[9]) gibt in seiner monographischen Abhandlung eine Uebersicht der mit der geschilderten Methode zu erzielenden Resultate. Wenn auch eine wirkliche Heilung nur in wenigen Ausnahmsfällen zu erreichen war, so gibt diese Palliativbehandlung doch noch manchmal recht schätzenswerthe Ergebnisse.

Eine andere Methode der Behandlung erstrebt, durch parenchymatöse Injectionen in die neugebildeten Gewebsmassen diese zu zerstören, sie zur Schrumpfung zu bringen. Auch in dieser Richtung wurden schon vielfache Versuche unternommen, so die Einspritzungen mit Lösungen von Argentum nitricum, Sublimat-Chlornatrium, Pyoktanin, Methylenblau. Besonders warm empfohlen wurden die Behandlungsmethoden mit Alkohol, namentlich von Schultz[10]) und fast gleichzeitig von Vulliet,[11]) u. zw. wird der Alkohol sowohl zu parenchymatösen Injectionen, wie auch local äusserlich auf die Geschwürsfläche verwendet.

Die Injectionen sollen anfangs täglich, später alle paar Tage einmal vorgenommen werden. In der Zwischenzeit wird die Scheide mit Jodoformgaze tamponirt, nachdem das Geschwür mit dem absoluten Alkohol betupft wurde. Angeblich verlieren sich die Blutungen, der üble Geruch und die starke Secretion schon nach 10—15 Injectionen und auch der Schmerz hört alsbald auf. Ich habe diese Methode mehrmals versucht, musste aber ebenso wie andere Gynäkologen, von den Injectionen wegen zu grosser Schmerzhaftigkeit derselben bald abstehen; von der rein äusserlichen Anwendung habe ich aber keine besondere Wirkung gesehen.

Bei klinischen Patientinnen mag ja der Erfolg ein besserer sein, in der Privatpraxis aber hat man nur ausnahmsweise Gelegenheit, eine Behandlung durch längere Zeit consequent

[8]) Ueber die Resultate der Radicalbehandlung des Gebärmutterscheidenkrebses mit dem Glüheisen. Berl. Karger's Verlag, 1898.

[9]) Veit's Handbuch l. c.

[10]) Vorl. Mittheilung über die palliative Behandlung des Carcinoma uteri mit Alkohol. Centralbl. f. Gynäk. 1892, und: Ueber die palliative Behandlung des Gebärmutterkrebses mit Alkoholinjectionen. Wien. med. Presse, 1896.

[11]) Die Behandlung inoperabler Uteruscarcinome mittels parenchymatöser Injectionen von Alkohol. Wien. med. Presse, 1894.

durchzuführen, namentlich wenn diese obendrein noch schmerzhaft ist und der Effect erst in mehreren Wochen oder selbst Monaten sich einstellt. Die Kranken verlieren viel früher die Geduld und suchen bei anderen Aerzten Hilfe. Sie erwarten von jedem neuen therapeutischen Versuch ihre Rettung. Unter den Hunderten von Uteruscarcinomfällen, die ich gesehen, habe ich kaum in einem Dutzend derselben Gelegenheit gehabt, den ganzen Verlauf der Krankheit vom Anfange bis zum letzten Ende zu verfolgen, und das waren zumeist solche Fälle, in denen die Frauen bald nach der radicalen oder palliativen Operation starben.

Einige Male habe ich relativ günstige Erfolge bei beginnendem Cervixcancroid von der früher häufiger geübten galvanokaustischen Collumamputation gesehen. Es ist nach den Erfahrungen, die einige namhafte Vertreter der Wiener gynäkologischen Schule, C. v. Braun, G. Braun, Chroback, Bandl mit dem Verfahren erzielt haben, sehr zu bedauern, dass dieses Verfahren als „unchirurgisch“ und „unmodern“ verlassen wurde. In zwei noch von Bandl derart operirten Fällen habe ich selbst, in dem einen nach fünf, in dem anderen nach drei Jahren, die Abwesenheit einer Recidive constatiren können. In den übrigen Fällen blieb die Recidive gewiss länger aus, als nach den jetzigen palliativen Auskratzungen und Aetzungen. In einem Falle, wo die Radicaloperation nach Kraske ausgeführt worden war, lebte die Kranke noch nach zwei Jahren, allerdings mit Recidiven und Metastasen, und die zwei Jahre waren ein wahres Martyrium für die Kranke und ihre Umgebung.

Wenn selbst auch eine palliative Operation und wegen zu weit vorgeschrittener Entartung auch eine eingreifende Behandlung mit Aetzmitteln nicht mehr ausführbar ist, muss man sich auf eine rein symptomatische Therapie beschränken. Hier kommen vaginale Ausspülungen, Tamponaden und die trockene Behandlung mit pulverförmigen Einblasungen zur Anwendung.

Für die vaginalen Irrigationen verwendet man desinficirende, unter Umständen adstringirende Lösungen von hypermangansaurem Kali in verschiedenen Concentrationsgraden, Carbol, Lysol, Thymol, Alumen, Zincum sulfuricum, ferner den Liquor ferri und das Acetum pyrolignosum. Die beiden letzteren Mittel sind heute fast schon obsolet geworden, dennoch sind sie für manche Fälle geeigneter, als irgend eines der neueren. Ihr

Hauptnachtheil besteht in der Zerstörung der Wäsche, beim Holzessig kommt auch der scharfe Geruch in Betracht.

Zur Tamponade verwende ich jetzt fast ausschliesslich die Dermatolgaze, sie hat alle guten Eigenschaften der Jodoformgaze ohne deren unangenehmen Geruch, der sowohl der Kranken, als noch mehr der Umgebung bald sehr lästig wird. Durch die sorgfältig ausgeführte Tamponade wird die Blutung ziemlich verlässlich beherrscht, der üble Geruch der jauchigen Secretion, die Menge derselben gemildert, aber, wie es scheint, auch der arge Schmerz besänftigt. Nach einer regelrecht ausgeführten Tamponade mit weiterem nöthigen Verbande fühlen sich die armen Kranken auf 1—2 Tage relativ behaglich.

Als Mittel für die Trockenbehandlung eignet sich Holzkohle, besonders das Jodoform-Kohlenpulver nach Torggler,[12]) das nicht nur sehr rasch den üblen Geruch beseitigt, sondern auch die Geschwürsfläche reinigt, dadurch auch die Absonderung vermindert. Das Jodoform wirkt bekanntlich auch schmerzstillend, so dass allen Anforderungen auf diese Weise Genüge geleistet werden kann. Das Mittel wird mit einem Pulverbläser an die Geschwürsfläche und in die Scheide eingeblasen und dann ein Streifen Jodoform- oder Dermatolgaze eingeführt. Das braucht wöchentlich nur 2—3mal wiederholt zu werden.

Es ist selbstverständlich, dass man nur selten mit einer dieser Behandlungsmethoden allein sein Auskommen findet, vielmehr müssen dieselben abwechselnd und in verschiedenen Combinationen in Anwendung gezogen werden. Auch bei der Trockenbehandlung sind zeitweise Irrigationen nothwendig, um sich einen klaren Anblick der kranken Stellen zu verschaffen. Die Tamponade ist schon aus Gründen der Reinlichkeit bei allen Methoden angezeigt. Unentbehrlich wird sie, wenn sich weitere Complicationen, zumal Harnfisteln nach Durchbruch in die Blase oder in einen Ureter, eingestellt haben.

Bemerkenswerth ist, dass zur Stillung der parenchymatösen Blutungen, die sowohl bei der Palliativoperation, wie auch in der späteren Nachbehandlung auftreten können, neuerdings von Schultz und Anderen die Anwendung des Terpentinöls empfohlen wird. Man wendet dasselbe in Form von damit getränkten Wattetampons an, die an die blutende Stelle ange-

[12]) Bericht über die Thätigkeit der gebh. gynäkol. Klinik zu Innsbruck. Prag 1888.



drückt werden. Man sieht, dass man trotz aller Neuerungen immer wieder zu den altbewährten Mitteln unserer Vorfahren zurückzugreifen gezwungen ist.

Trotzdem manche der bisher genannten Behandlungsmethoden auch etwas zur Schmerzmilderung beitragen, genügt deren Wirkung keinesfalls. Besonders in weiter vorgeschrittenen Fällen kann man der narkotischen Mittel nicht entbehren, da nur durch dreiste Anwendung derselben es möglich wird, die rasenden Schmerzen auf einige Zeit zu besänftigen. Eine allgemein giltige Vorschrift lautet: Man soll nicht schon im Beginn der Erkrankung gegen die noch relativ geringen Schmerzempfindungen mit den stärksten Mitteln vorgehen. Einerseits gewöhnt sich der Organismus zu bald an die gebräuchlichen Dosen, und man muss zu immer stärkeren und gewagteren übergehen; anderseits reicht man im Anfange mit schwächeren Medicamenten aus, und spart sich die stärkeren für den ernsten Bedarf auf.

Im Beginn nützen die gewöhnlichen Dosen von 1·0 Antipyrin genügend, wie dies schon von verschiedenen Autoren erwähnt wurde. Auch ich konnte mich von der Richtigkeit dieser Angaben überzeugen. Später geht man zu den eigentlichen Schlafmitteln, Trional, Sulfonal, Chloralhydrat über, da es sich hauptsächlich um die Sicherung der Nachtruhe handelt. Erst wenn diese ihre Wirkung versagen oder wenn die Schmerzen auch des Tags über andauern, müssen die absolut verlässlich wirkenden Narkotica: Opium, Morphium herangezogen werden. Zunächst verordne man sie in Tropfenform und steigere allmälig die Dosirung. Auch Suppositorien in Combination mit Extractum hyoscyami, Belladonnae sind zu verordnen. Die subcutanen Morphiuminjectionen mögen für die Zeit aufgespart bleiben, wo es gilt, die Leiden der Kranken möglichst prompt zu stillen. Nur im Nothfalle übergebe man die Morphiumspritze der Umgebung, um nicht unvorhergesehenen Zufällen ausgesetzt zu sein.

Noch wäre mit einigen Worten der zeitweise auftauchenden sogenannten specifischen Mittel gegen das Carcinom Erwähnung zu thun. Vor Jahren hatte man das Condurango mit diesem Epitheton ausgestattet; später kam das Kalium aceticum in Mode. In den letzten Jahren wird besonders von russischen Gynäkologen das Extractum herb. chelidonii majoris als Wunder-

mittel gepriesen. Die von verschiedenen deutschen Autoren vorgenommene Nachprüfung hat aber die in dasselbe gesetzten Hoffnungen sehr herabgestimmt oder geradezu vernichtet.

Von bezüglichen Publicationen sind in dieser Zeitschrift namentlich zwei referirt. Die eine Arbeit von Freudenberg[13]) lässt noch eine gewisse Wirksamkeit des Mittels in manchen Fällen zu. Es heisst hier: Wenn auch die Resultate keine glänzenden sind, so ergab das Mittel doch eine Linderung. Der andere Bericht von Winter und Schmitt[14]) lautet ganz bestimmt: Die Anwendung des Mittels ist nutzlos. In keinem Falle trat eine Besserung ein.

Vielleicht ist es einer späteren Zeit vorbehalten, ein specifisches Mittel gegen dieses häufige und schreckliche Frauenleiden ausfindig zu machen. Solange dies aber nicht der Fall, müssen wir uns begnügen, mit den vorerwähnten Methoden und Mitteln auszukommen. Bei sorgfältiger Auswahl und Anwendung gelingt es auch thatsächlich, die Leiden der bedauernswerthen Opfer auch jetzt schon wesentlich zu mildern. Vorstehende Mittheilung bezweckt nur, einige Directive zu geben, nicht für den Specialisten, sondern für den Allgemeinpraktiker und Hausarzt.

REFERATE.

Interne Medicin.

Die Behandlung der Hämorrhoiden. Von I. Boas.

Als Ausgangspunkt einer sachgemässen Therapie muss zunächst die Thatsache dienen, dass das Hämorrhoidalleiden eine Krankheit des Mastdarmes ist, dort ihren Ursprung hat und, abgesehen von seltenen Complicationen, dort localisirt bleibt. Unter den localen Ursachen spielen diejenigen, welche eine Abflussbehinderung des Blutes nach dem Pfortadersystem und der Vena cava herbeiführen, die wichtigste Rolle. Tumoren des Rectum und dessen Umgebung, der schwangere Uterus, Geschwülste des Dickdarmes können gelegentlich zur Etablirung von Hämorrhoiden Anlass geben. Die häufigsten und gutartigsten Formen entstehen durch den Druck eingedickter, in der Ampulla

---

[13]) Centralbl. f. Gynäk. Nr. 30, 1897. Ref. in dieser Zeitschr. Juni 1898.
[14]) Centralbl. f. Gynäk. Nr. 27, 1897. Ref. in dieser Zeitschr. Februar 1898.

recti oder auch in der Flex. sigmoid. stagnirender Kothmassen. Es kommen aber auch Fälle vor, wo bei normaler Stuhlentleerung oder bei Wechsel von Verstopfung und Diarrhöen, ja selbst bei Vorherrschen von Diarrhöe Hämorrhoiden sich entwickeln. Hiedurch kommt es zur Entwicklung von inneren, äusseren oder gemischten Hämorrhoiden.

Die häufigste und erfolgreichste Indication zur Behandlung besteht in der Beseitigung der habituellen Obstipation, in der Verhütung grösserer stercoraler Ansammlungen. Die Abführmitteltherapie stellt überhaupt, nicht bloss die mittels Drastica, ein ungeeignetes Verfahren dar. Das Normalverfahren bei Hämorrhoidariern sollte immer darin bestehen, durch consequente diätetische Behandlung eine ausreichende und gut beschaffene, d. h. breiige Stuhlentleerung herbeizuführen und speciell fäcale Impactionen, besonders im Bereiche der Ampulla recti zu verhüten. Die blande, d. h. reizarme Diät ist das geeignetste Mittel, die Hämorrhoiden in ihrer Integrität zu erhalten, denn sie begünstigt die Obstipation wie kaum eine andere. Alle die vielfachen Componenten, die dazu beitragen, die Darmperistaltik anzuregen, die organischen Säuren, die Zuckerarten, die schlackenreichen Nahrungsmittel, die Salze, die cellulosehaltigen Gemüse sind für Hämorrhoidarier geeignet, wie umgekehrt die blanden Nahrungsstoffe, in erster Linie die süsse Milch, absolut untauglich sind. Von Thee und vom Kaffee hat Vf. nie Schaden gesehen. Selbst mässiger Alkoholgenuss braucht durchaus nicht untersagt zu werden. Dauernde und übermässige Blutungen berechtigen zu gewissen Beschränkungen, auch nur bezüglich des Alkoholgenusses und der schärferen Gewürze (Pfeffer, Paprika, Senf etc.).

Neben der Diät müssen die allgemeinen Grundsätze der Hygiene betont werden: möglichst reichliche Bewegung, Gymnastik, Schwimmen etc. Körperübungen dürfen nicht unterschätzt, aber auch nicht überschätzt werden. Im Ganzen ist der Einfluss der Körperbewegungen und Uebungen auf die Darmperistaltik gering. Vf. behandelt seit mehreren Jahren die schwersten Fälle von habitueller Obstipation in wochenlanger Ruhelage und hat gerade hiebei die befriedigendsten Resultate gesehen.

Zu den hygienischen Massregeln gehört die Toilette des Anus. Subtile Reinigung der Analportion mittels in adstringirende Lösungen (am besten Tannin oder Alaunlösungen) getauchter

Wattebäusche sollen nach jeder Defäcation vorgenommen werden. Noch mehr sind Closeteinrichtungen mit aufsteigender Douche zu empfehlen.

In späteren Stadien, in welchen die Regulirung der Obstipation oder die Beseitigung eines constipativen Darmkatarrhes schon erheblich schwieriger ist, beginnt das Stadium der Nachhilfe mittels Abführmittel oder Klysmata. Die Klysmata sucht man zu vermeiden. Unter allen Umständen sind hiebei reizende Substanzen wie Tannin, Glycerin, Sennainfuse, Magnesiasalze, selbst Kochsalz zu vermeiden, auch müssen die Einläufe ausschliesslich mittels weicher Mastdarmsonden applicirt werden. Von Abführmitteln sind nur diejenigen geeignet, welche bei habituellem Gebrauch für den Magen und Darm unschädlich sind: der Rhabarber, in seinen verschiedenen Compositionen, die Schwefelblüthe, Pulv. Liquir. comp., Magnes. ust. und Magnes. citric. effervesc., Tamarinden, Cascar. sagrada, Frangulathee der sogenannten Mittelsalze. Von drastischen Mitteln, Aloë, Gummi Gutti, etc. ist unbedingt Abstand zu nehmen. Andere, für vorübergehenden Gebrauch geeignete Mittel, wie Ol. Ricini, Kalomel sind für den habituellen Gebrauch ausgeschlossen. Die Dosen sollten so gering wie möglich bemessen werden.

Einer grossen Werthschätzung in Aerzte- und besonders im Laienpublicum erfreut sich die Behandlung der Hämorrhoiden mittels Mineralwässer in den Badeorten (Kissingen, Homburg, Marienbad, Karlsbad, Tarasp, Elster, Franzensbad, Rohitsch u. A.). Bessere Erfolge lassen sich dagegen in geeigneten Sanatorien, und zwar besonders in solchen grösserer Badeorte erzielen, da hiebei mit der Trink- und Badecur eine individuelle diätetische Cur combinirt werden kann, die, längere Zeit und consequent fortgesetzt, thatsächlich zur Heilung führen kann. Trinkcuren in der Häuslichkeit und ohne gleichzeitige strenge Regelung der Diät und der gesammten Lebensführung zeigen, wenn überhaupt, meist nur vorübergehende und unzureichende Resultate. In dieselbe Kategorie wie Mineralwassercuren gehören auch Traubencuren. Die locale Behandlung mittels sogenannter Hantelpessare oder Suppositorien oder Salbenmischungen haben nur einen sehr vorübergehenden oder symptomatischen Werth.

Die Suppositorien oder Salbenmischungen können bei Excoriationen der Varicen, vielleicht auch bei kleineren Blutungen wirksam sein.

Rp.	Chrysarobin	0·08
	Jodoform	0·02
	Extr. Belladon.	0·01
	Butyr. Cacao	2·0

D. S. 2—3mal täglich 1 Suppositorium zu appliciren, später

Rp.	Chrysarobin	0·8
	Jodoform	0·3
	Extr. Belladon.	0·6
	Vaselin	15·0

D. S. Mehrmals aufzustreichen.

Mit Suppositorien oder Salben, welche narkotische Substanzen (Morphium, Codeïn, Belladonna, Cocaïn) allein enthalten, erzielt man ungefähr dieselbe Wirkung.

Bei äusseren Knoten empfiehlt Preismann die Jodglycerinapplication auf die Knoten, und zwar anfangs nach folgender Formel:

Rp.	Kalii jodati	2·0
	Jodi puri	0·2
	Glycerin	35·0

später

Rp.	Kalii jodati	5·0
	Jodi puri	1·0
	Glycerin	40·0

In beiden Fällen wird die Jodjodkalilösung mittels eines Glasstabes wiederholt auf die Knoten aufgetragen.

Geringe Blutungen bedürfen keiner besonderen Behandlung. Wenn die Blutungen sich häufen, ist hier das Wesentlichste Fernhaltung von Coprostase, wo es angeht, wiederum durch diätetische Mittel oder allenfalls unter Zuhilfenahme der leichten Abführmittel. Sind bei habituellen Blutungen trotz normaler Defäcation die Bemühungen, eine solche zu erzielen, gescheitert, so liegt die Indication vor, durch passende Mittel der Blutungen Herr zu werden. Als vorzügliches Mittel bezeichnet Vf. die Hamamel. virginica als Fluidextract.

Rp. Extr. fluid. Hamamel. virgin.
(Parke, Davis & Co.) 100·0

D. S. 3mal täglich 1 Theelöffel in einem Weinglas Wasser.

Vf. lässt das Mittel mindestens drei Monate lang nehmen, und zwar in den ersten vier Wochen in der angegebenen Dosis,

später 2-, bezw. 1mal täglich. Neben der inneren Darreichung wird die Application in Form von Suppositorien empfohlen nach folgender Formel:

Rp. Extr. fluid. Hamamel.
(Parke, Davis & Co.) 0·25
Disp. in supposit. oper-
cul. dos. XX.
D. S. 2—3mal täglich 1 Suppositorium einzuführen.

Bei bedrohlichen acuten Blutungen ist eine sorgfältige Tamponade des Rectums mit Ferripyrinwatte oder Gaze, oder auch Eisenchloridgaze oder Jodoformgaze unter Führung des Speculum vorzunehmen. Wenn die Blutung seit drei Tagen steht, kann man die Tampons entfernen und durch Ricinusöl den Darm entleeren.

Bei Einklemmung von Hämorrhoidal-Knoten ist Haupterforderniss grösste Schonung derselben, Vermeidung jeder forcirten Repositionsversuche. Um die unteren Darmabschnitte zu immobilisiren, schickt man ein Suppositorium von Cocaïn und Opium voraus. Sodann versucht man nach sorgfältiger Inunction der gesammten Analportion und des Rectums selbst, den eingeklemmten Knoten in Seitenlage mit grösster Vorsicht zu reponiren. Gelingt dies nicht, ein erneuter Versuch in Chloroform- oder Aethernarkose oder mittels Schleich'scher Anästhesie. Ein geeignetes Verfahren besteht in der Application von Blutegeln in der Umgebung der Varicen. Nach reichlicher Blutentleerung gelingt die Reposition in der Regel sehr schnell und leicht. Bei Gangrän sieht man von einer Reposition ab und bestreut die gangränösen Knoten mit antiseptischen Pulvern (Jodoform, Xeroform, Airol u. A.).

Bei Hämorrhoidalvorfall kann der von Esmarch für den Rectalprolaps angegebene Mastdarmträger gewisse palliative Dienste leisten. Eine Radicalbehandlung ist nur durch Abtragung der Knoten möglich. — (Therap. d. Gegenw. Nr. 10, 1899.)

Ueber strenge Milchcuren bei Diabetes mellitus. Von Prof. W. Winternitz und Docent A. Strasser.

Vff. theilen sieben Fälle von Diabetes mit, in welchen eine strenge Milchcur (2—4 l Milch täglich) zur Anwendung kam. Sie ziehen aus ihren Beobachtungen folgende Schlüsse: 1. Eine strenge Milchcur macht in kürzester Zeit, meist schon nach 48 Stunden die Mehrzahl der Diabetiker zuckerfrei, oder vermindert

zum Mindesten die Zuckerausscheidung sehr beträchtlich. 2. Es gilt dies sowohl für die bei jugendlichen Individuen vorkommenden, meist für sehr schwer gehaltenen Diabetesformen, als auch für die bei sehr Fettleibigen oder nach Trauma oder Shock auftretende Zuckerkrankheit. Auch Fälle, die bei strenger Diabetesdiät und nach Karlsbader Curen nicht zuckerfrei wurden, zeigten unter strenger Milchcur eine weitere Abnahme, selbst vollständiges Verschwinden der Zuckerausscheidung durch den Harn. 3. Bei mit Albuminurie und Nephritis verbundenem Diabetes sahen Vff. bald nach dem Verschwinden des Zuckers aus dem Urin auch die Albuminurie abnehmen und in einigen Fällen verschwinden. 4. In manchen Fällen sieht man bei strengster Milchcur nach Schwinden oder blosser Abnahme der Zuckerausscheidung Aceton im Urin auftreten oder, falls es vorhanden war, zunehmen. Es wäre vielleicht möglich, dies als Autophagie zu deuten im Sinne Schlesinger's und Gebhardt's, die gefunden haben, dass bei kohlehydratfreier Nahrung und knapp bemessener Eiweisszufuhr beim Gesunden anscheinend regelmässig Aceton, Acetessigsäure und Oxybuttersäure auftritt. 5. In manchen Fällen tritt nach Zugabe von Fleisch zur Milch bei dem Uebergange von der Milchcur zur gemischten Diät der bereits vollständig verschwundene Zucker in mehr weniger grosser Menge wieder auf. Die Einleitung einer neuerlichen strengen Milchcur bringt ihn wieder zu vollständigem Verschwinden. 6. Bei dem Uebergange von strenger Milchcur zu gemischter Diät ist es noch nicht mit Sicherheit zu entscheiden, ob die Zugabe von grünen Gemüsen und Cerealien vor einer solchen von Fleisch vorzuziehen sei. 7. Einzelne Diabetiker wurden durch die Milchcur vollständig geheilt und blieben es bei gemischter Kost mit reichlicher Zufuhr von Amylaceen (fünfmonatliche Beobachtung). 8. Meist findet bei der Milchcur im Anfange eine ganz unwesentliche Abnahme des Körpergewichtes statt. Bald tritt Stillstand der Abnahme und selbst ein Ansteigen des Körpergewichtes ein. 9. Das Assimilationsvermögen für Kohlehydrate anderer Provenienz ist kein Massstab für die Assimilation des Milchzuckers bei strenger Milchcur. — (Blätter f. klin. Hydrother. Nr. 10, 1899.)

Formalinalkohol gegen die Nachtschweisse der Phthisiker. Von Dr. Hans Hirschfeld. (Städt. Krankenhaus Moabit, Abtheilung Goldscheider.)

Vf. hat nach Application von Formalin auf die Haut in seinen

Fällen nie Intoxicationserscheinungen gesehen. Das unangenehme Gefühl in Nase und Augen nach der Pinselung hört sehr bald auf. Die Pinselung muss sehr schnell geschehen und die behandelten Theile müssen sofort mit den Kleidern und der Bettdecke bedeckt werden. Bei besonders empfindlichen Personen hat Vf. während und nach der Einpinselung mit Terpentin getränkte Watte, am besten in einer Düte, vor Mund und Nase halten lassen, wodurch die Belästigung durch die Formalindämpfe fast ganz beseitigt wird. Personen, die eine besondere Idiosynkrasie gegen Formalin haben, geben an, dass sie einen stechenden Schmerz im Innern des Schädels zwischen den Augen empfinden, kurze Zeit, nachdem sie mehrmals recht tief an stärkeren Lösungen dieser Substanz gerochen haben. Bisweilen wurden durch den starken Reiz Hustenanfälle ausgelöst, die aber stets von ganz kurzer Dauer waren und keine besondere Intensität zeigten.

Die Application wässeriger Lösungen auf die Haut ist nicht empfehlenswerth, weil dieselben nicht haften. Rathsam ist die Mischung mit Alkohol. Die zweckmässigste Concentration ist eine 20%ige Lösung (40%iges Schering'sches Formalin mit gleichen Theilen absoluten Alkohols gemischt). Zum Pinseln wird ein möglichst weicher Borstenpinsel benützt. Vf. pinselt nie die ganze Haut auf einmal, sondern am ersten Tage den Rücken und die Arme, am zweiten die Beine, am dritten Brust und Bauch. Theile, die nicht schwitzen, werden nicht mit Formalin behandelt. Zu achten ist auf Schrunden und Hautabschürfungen, die stark schmerzen, wenn sie mit Formalin in Berührung kommen. Ferner muss das Herabfliessen auf die Genitalien und den Anus vermieden werden. Stellen, auf denen vor Kurzem ein Senfpflaster lag, oder welche vorher mit Jod eingepinselt waren, schmerzen auch stark und sind gleichfalls zu verschonen. Bei einem Patienten, der zahlreiche Varicellen an einem Beine hatte, welche nur von einer sehr zarten Haut bedeckt waren, traten hier auch nach Formalinbehandlung ziemlich starke Schmerzen auf. Besonders heftig waren dieselben in allen Fällen nicht und insbesondere war ihre Dauer nur kurz. Ein kurzdauerndes leichtes Brennen tritt nach jeder Einpinselung auf. Verbraucht wurde für eine einmalige Einpinselung 5 — 10 cm^3 der Mischung.

Der Schweiss hört zuerst an den am vorhergehenden Tage gepinselten Partien auf. Nach der dritten Pinselung ist er meist völlig geschwunden. Nur in ganz wenigen Fällen war es nöthig, den Turnus zu wiederholen und dann mit endgiltigem Erfolge.

Die kürzeste Zeit, durch welche hindurch die Schweisse fortblieben, betrug fünf Tage; kehrten sie dann wieder, so stets nur in sehr geringem Grade. Die Mehrzahl der Patienten schwitzte 8—14 Tage gar nicht mehr. Einige Kranke hatten drei Wochen lang, einer vier Wochen lang keinen Schweiss mehr. Aeusserlich zeigte die Haut keine Veränderungen. Nur einmal wurde eine Abschuppung constatirt.

Vf. hat 30 Fälle mit dieser Methode behandelt, sie waren bezüglich der Hartnäckigkeit des Nachtschweisses mittelschwere und schwere. In vielen derselben waren vorher alle anderen Mittel ohne Erfolg angewendet worden. Wenige Male kam es vor, dass nach dem Aufhören des Schweisses am ganzen Körper der Kopf ausserordentlich stark schwitzte. Den Hauptwerth der Formalinbehandlung sieht Vf. darin, dass sie die Verordnung innerer Mittel überflüssig macht. — (Fortschr. d. Med. Nr. 38, 1899.)

Ueber Entfettungscuren. Von Dr. P. E. Richter.

Nach R. kann man zwei Arten von Fettsucht unterscheiden. Die eine, eine richtige Mästungsfettsucht, entstanden dadurch, dass die Einnahmen die Ausgaben wesentlich übersteigen, also eine passive, dem Organismus aufgezwungene; die andere eine active, entstanden dadurch, dass der Verbrennungsprocess in der Zelle für stickstofffreie Nahrungsmittel gestört ist, also eine wirkliche Stoffwechselkrankheit. Hierzu ist vielleicht auch die Fettsucht zu rechnen, welche nach Blutverlusten, bei Castrirten, im Klimakterium entsteht. Die erstere ist leichter, die letztere schwer zu behandeln. R. bespricht die üblichen diätetischen Methoden der Behandlung, indem er besonders sie nach ihrem Calorienwerth vergleicht. Bei der Bantingcur erhält der Kranke 170—180·0 Eiweiss; 7·5 Fett; 80—85·0 Kohlehydrate = etwa 1150 Calorien. Oertel gibt 150—170·0 Eiweiss; 22—43·5 Fett; 71—114·0 Kohlehydrate gleich etwa 1310—1560 Calorien und beschränkt die Flüssigkeitsmenge auf 938·0—1300·0. Ebstein gibt 102·0 Eiweiss; 85·0 Fett; 47·0 Kohlehydrate = etwa 1410 Calorien. Mit allen drei Methoden sind erfolgreiche Curen möglich. Rigoros sei die Bantingcur, da sie eine fast reine Fleischkost gibt und in unseren Gegenden gewöhnlich nicht auf längere Zeit vertragen wird. Die Ebstein'sche und Oertel'sche Cur sind leichter durchführbar. Ob die Flüssigkeitsbeschränkung, auf welche Oertel einen so hohen Werth legt, wirklich so bedeutungsvoll ist, ist bisher noch nicht erwiesen. Natürlich sind alle diese Entfettungscuren Entziehungscuren und gefährden leicht den Eiweissbestand. Hirschfeld hat

behauptet, dass bei derartigen Curen stets Eiweissverluste vorkommen, welche besonders im Beginne auftreten. Dagegen haben v. Noorden und Dapper gezeigt, dass dies nicht der Fall zu sein braucht, dass sogar Eiweiss angesetzt werden kann. Will man nun einem Fettleibigen eine Entfettungskost verordnen, so geht man von dessen Körpergewicht aus. Angenommen, dieses betrage 80 kg, so würde ein normaler Mensch 80×35, d. h. 35 Calorien für das Körperkilo Nahrungsmaterial = 2800 Calorien gebrauchen, um sich erhalten zu können. Ein Fettleibiger braucht aber nur etwa 28 Calorien für das Körperkilo = 2240 Calorien. Um nun eine Verringerung des Körpergewichtes zu bewirken, müsste man etwa $^1/_3$ Calorien weniger geben als der Bedarf, also statt 2240 etwa 1400—1500 Calorien. Man würde also mit etwa 2300 Calorien beginnen und allmälig durch Nahrungsentziehung bis auf 1400 Calorien heruntergehen. In der Praxis ist es wichtig, das Fett der Nahrung durch Kohlehydrate zu ersetzen, da diese ein grösseres Sättigungsgefühl bringen und einen geringeren calorimetrischen Werth haben als die Fette (1·0 Fett = 9·3; 1·0 Kohlehydrat = 4·1 Calorien). Suppen sind zu gestatten, da sie wenig Nahrungsmaterial bieten und satt machen. Als Beispiel einer rationellen Kostordnung führt R. eine Vorschrift von Hirschfeld an für einen Fettleibigen von 80 kg:

I. Frühstück: Kaffee bitter und schwarz, 50·0 Semmel,
II. „ Bouillon, 2 Eier,
Mittag: Suppe; 300·0 Fleisch,
Nachmittags: Kaffee, bitter und schwarz,
Abends: 200·0 mageres Fleisch (Schinken), 100·0 Brot.

Diese Kost bietet 1478 Calorien. Anzufangen wäre mit einer Zulage von 100·0 Weissbrot, 30·0 Butter, $^1/_2$ l Bier, welche nach und nach entzogen werden. Mit dieser Zulage enthält die Kost etwa 2200 Calorien. Eine Hauptsache bleibt: Langsame Verminderung der Nahrung, nöthigenfalls zur Vermeidung von N.-Verlusten. Zulage von eiweisshaltigem Material. Neben der Verringerung in der Zufuhr fettbildender Körper ist eine Steigerung des Fettverbrauches anzustreben. Diese wird erreicht durch active Muskelübungen, durch passive Massage, durch Beförderung der Wärmeabgabe durch die Haut, durch leichte Kleidung, durch Erregung der Schweissproduction, durch Dampfbäder. Auch können Mineralwässer oder Curen in Bädern sie unterstützen; so Karlsbad, Marienbad, Homburg, Kissingen, Tarasp. Schilddrüsentabletten will

Vf. nur verordnet wissen bei völlig ausreichender Kost, für kurze Zeit unter ärztlicher Ueberwachung. Besonders im Beginne einer Entfettungscur sei ihr kurzer Gebrauch vón Nutzen. Von den Arzneimitteln wie Chinin, Jod u. A. hält Vf. nicht viel. — (Zeitschr. f. diät. u. physikal. Therapie. Bd. 1, H. 4; Reichs-Med.-Anzeig.)

Ueber die therapeutische Verwendung des Jodopyrins. Von Dr. Junkers.

Vf. hat das Jodopyrin (Jodantipyrin), da es in Wasser sowie in kaltem Alkohol schwer löslich ist, in feiner Pulverform trocken nehmen und Wasser oder Milch hinterher trinken lassen. Die Einzelgabe bei Erwachsenen ist 1 g und 3—4stündlich Tage lang. Bei Kindern 0·1—0·5, bei einem Alter von 1—10 Jahren, über 10 Jahre $^1/_2$—$^3/_4$ g dreimal täglich. Die Kranken fühlten sich durchweg nach dem Gebrauch des Mittels wohler; es tritt eine mehr oder weniger profuse Schweisssecretion ein, die Temperatur wird prompt herabgesetzt. Die Pulsfrequenz wird langsamer. Die Athmung wird ebenfalls verlangsamt und ausgiebiger. Kein Albumen im Harn. Bei Typhuskranken setzte Jodopyrin schon nach einmaliger 1 g-Gabe die Temperatur um 1$^1/_2$—2° herunter. Der Phthisiker, der Abends nicht zu Schweiss neigt, verträgt 0·5 als Abendgabe gegen leichte Temperatursteigerung vorzüglich. Die Temperatur ward normal, es trat Schlaf ein, Collapserscheinungen wurden nie beobachtet. Bei Puerperalfieber ging öfters auf 1 g die Temperatur von 40° auf 38° vorübergehend herunter.

Jede Form von Muskelrheumatismus wurde durch 1·0 g-Gaben von Jodopyrin innerhalb drei Tagen oft geheilt. Bei acutem Gelenkrheumatismus trat vor Allem eine prompte schmerzstillende Wirkung ein, die Gelenkschwellungen nahmen ab, die Beweglichkeit nahm zu. Vf. musste nur in den seltensten Fällen zum Natr. salicyl. greifen. Auch bei chronischem Gelenkrheumatismus wurde es wochenlang gut vertragen und nur dann ausgesetzt, wenn eine ausgesprochene Jodwirkung eintrat. In acht Fällen von reiner Gicht wirkte das Mittel schmerzstillend.

Als Specificum gegen Influenza und Grippe hat Vf. das Jodopyrin in überaus zahlreichen Fällen mit grossem Erfolg angewandt. Der Kopfschmerz, die Genickschmerzen, die Abgeschlagenheit der Glieder weichen der Medication von Jodopyrin sofort am anderen Tage. Auch haben diejenigen Influenzakranken, welche gleich im Beginn der Krankheit Jodopyrin

nehmen, viel weniger von den Folgeerscheinungen, als Bronchialkatarrh etc. zu leiden.

Als Antineuralgicum äussert das Mittel ebenfalls eine sehr günstige Wirkung. Zunächst bei Ischias. Intercostalneuralgien, Neuralgien des Quintus, wurden durch 1 g-Gaben Jodopyrin in den meisten Fällen günstig beeinflusst. Kopfschmerzen, Zahnschmerzen als Folge cariöser Zähne, die Schmerzen beim Empyem der Stirnhöhle, sowie der Highmorshöhle wurden durch dreistündliche Dosen von 1 g Jodopyrin ganz wesentlich gelindert.

Bei Menstruationskolik war ein auffallender Erfolg. Beim Eintreten der Menstruation $^1/_2$—1·0 Dosen 2—3stündlich als Suppositorium. Günstige Wirkung übt das Jodopyrin auch bei Bronchialasthma.

Gegenüber dem Antipyrin hat das Jodopyrin den Vorzug völliger Geschmacklosigkeit und relativer Unschädlichkeit, gegen das Antifebrin den Vortheil, dass es keine Collapse erzeugt, gegenüber diesen wie anderen Antipyreticis durch seine zweifellos antiseptische Wirkung. — (Therap. Monatsh. Nr. 11, 1899.)

Ueber die Wirkung einiger Morphinderivate auf die Athmung des Menschen. Von Dr. H. Winternitz. (Med. Polikl. des Prof. v. Mering zu Halle a. S.)

Vf. hat mit den Morphinderivaten: Codeïn, Dionin, Heroin, Monoacetylmorphin Versuche an gesunden Menschen gemacht, um ihren Einfluss auf den Athmungsprocess festzustellen.

Vf. resumirt die Resultate seiner Versuche in Folgendem: Es ergibt sich ein sehr bemerkenswerther Unterschied zwischen den alkylirten und den acetylirten Morphinderivaten. Während jene — Codeïn und Dionin — die Athmung des Menschen so gut wie unbeeinflusst lassen, führen diese — Heroin (Diacetylmorphin) und Monoacetylmorphin — eine erhebliche Beschränkung der Athmung und der Erregbarkeit des Athemcentrums herbei. Da das Morphin selbst die Athemthätigkeit und die Erregbarkeit seines Centrums herabsetzt, so folgt daraus, dass die Einführung von Alkoholradicalen die physiologische Wirkung des Morphins auch in Bezug auf die Athmung abschwächt, während die Substituirung mit Säureresten eine wesentliche Verstärkung der Athemwirkung des Morphins zur Folge hat.

Nach Dreser ist „eine gewissenhafte therapeutische Empfehlung eines Hustenmittels erst dann am Platze, wenn nachgewiesen ist, dass die Beseitigung eines die Heilung aufhaltenden,

vielleicht nur auf abnormer Reizbarkeit der Schleimhaut beruhenden Hustens nicht durch eine zu erhebliche Beschränkung der Athemthätigkeit erkauft wird". Man muss auf Grund der Versuchsergebnisse am Menschen bezweifeln, ob die Verwendung des Heroin beim sogenannten Reizhusten und ähnlichen Zuständen zu rechtfertigen ist. Das schliesst nicht aus, dass weitere klinische Erfahrungen dem Heroin ein Indicationsgebiet zuweisen, aber es wird immer ein eng begrenztes sein.

Ueber die Beschränkung der Athemthätigkeit bei Bekämpfung des Reizhustens äussert sich Jürgensen folgendermassen: „Wie soll man sich dem Husten gegenüber (nämlich bei der Behandlung der Katarrhe der feineren Bronchien) verhalten? Dass er mit Schmerz verbunden ist, heftige Anfälle macht, den Schlaf beeinträchtigen kann, steht fest. Dennoch ist es kaum je möglich — höchstens könnte das bei kräftigen Erwachsenen oder Kindern jenseits des 12. Jahres in Frage kommen — unmittelbar Ernstes gegen ihn zu unternehmen, weil man dabei wichtigere Aufgaben ausser Acht lässt. Ich rede hier von dem die Erregbarkeit des Athemcentrums herabsetzenden Morphium, das jüngeren Kindern, Greisen, überhaupt Geschwächten versagt bleiben muss. Ihnen kann eine selbst geringfügige Verminderung der Athmungsstärke gefährlich werden." Wenn dieser Satz für Morphin gilt, dann findet er in weit höherem Masse auf Heroin Anwendung.

In der grösseren Zahl der Fälle leisten Codeïn und Dionin Alles, was wir fordern müssen, sie setzen die Reizbarkeit der Luftwege herab, ohne die Athemthätigkeit zu beschränken, daher ihre sedative Wirkung und ihr günstiger Einfluss auf die Expectoration. Wo Dionin und Codeïn versagen, wo stärkere narkotische Wirkungen erforderlich sind, oder wo es nöthig erscheint, eine Herabsetzung der Erregbarkeit des Athemcentrums herbeizuführen, da wird nach wie vor Morphium am Platze sein; dass sein Ersatz durch Heroin empfehlenswerth ist, muss nach den vorliegenden klinischen und experimentellen Erfahrungen bezweifelt werden.

Es ist nicht zu übersehen, dass die Versuche an gesunden Menschen ausgeführt sind; da das Morphin und seine Derivate aber ihre Verwendung an kranken Menschen finden und, was speciell interessirt, bei solchen, deren Athmungsorgane erkrankt sind, so sind die erhobenen Befunde nur bedingt übertragbar,

sie stellen gewissermassen die typische Wirkung dar. Vf. hält es nicht für ausgeschlossen, dass bei gewissen dyspnoischen Zuständen und katarrhalischer Reizung der Luftwege möglicher Weise auch Codeïn und Dionin die Athmung sedativ beeinflussen, u. zw. nicht durch Einwirkung auf das Athemcentrum, sondern vielmehr durch Herabsetzung sensibler oder reflectorischer Reize.

Die Athmungsleistung resultirt aus dem Zusammenwirken der Erregbarkeit des Athemcentrums und der Summe der einwirkenden Reize, es ist verständlich, dass unter pathologischen Verhältnissen eine Modification der typischen Wirkung eintreten kann; sehr wahrscheinlich ist dies allerdings nicht, da die Erfahrung lehrt, dass Codeïn und Dionin die Expectoration nicht beeinträchtigen, sondern befördern. Bei der Mannigfaltigkeit der in Frage kommenden pathologischen Zustände, bei den grossen individuellen Unterschieden in der Empfindlichkeit der Patienten u. s. w. werden diese Modificationen nicht leicht Gegenstand der experimentellen Erforschung sein können, hier wird vielmehr die klinische Erfahrung die nöthigen Correcturen vornehmen. — (Therap. Monatsh. Nr. 9, 1899.)

Orexinum tannicum als appetitanregendes Mittel. Von Dr. E. Zeltner. (Medic. Poliklinik Penzoldt in Erlangen.)

Vf. hat das Orexinum tannicum bei einer grösseren Reihe von Kranken versucht und fasst das Ergebniss seiner Beobachtungen in Folgendem zusammen: Das Orexinum tannicum ist bezüglich seiner appetitsteigenden Wirkung den früheren Orexinpräparaten gleich oder vielleicht sogar etwas überlegen, indem es in der Mehrzahl ziemlich regellos ausgewählter Fälle seine Schuldigkeit gethan hat. Es hat in den Dosen von 0·3—0·5, ein- bis zweimal täglich (2 Stunden vor dem Essen in Pulverform meistens ohne Umhüllung) keine unangenehmen Nebenwirkungen gezeigt und hat deshalb unleugbare Vorzüge vor den anderen Präparaten.

Die Indicationen und Contraindicationen für das Orexinum tannicum stimmen mit denen für das basische überein, indem es vor allen Dingen bei beginnender Lungentuberculose, anämischen Zuständen, leichten Verdauungsstörungen, Reconvalescenten, auch bei Nervösen angewendet zu werden verdient. Wie das basische, so beseitigt auch das gerbsaure Orexin die bei Gesunden nach gewissen schwer bekömmlichen Speisen auftretenden Magenbeschwerden.

Die streng wissenschaftliche Indication für Orexindarreichung ist die Herabsetzung der Salzsäuresecretion. Da man aber nicht in jedem Fall von Anorexie eine Untersuchung des Magensaftes vornehmen kann, so ist es erlaubt, das Mittel bei seiner, in geeigneter Anwendung zweifelloser Unschädlichkeit auch versuchsweise zu geben. Doch wird man nach allgemeinen therapeutischen Principien diese rein symptomatische Verordnung in der Regel erst eintreten lassen, wenn die Versuche einer ursächlichen, bezw. hygienisch-diätetischen Behandlung der Anorexie erfolglos waren. — (Ther. d. Gegenw. Nr. 11, 1899.)

Augenheilkunde.

I. Lymphstauung am Auge durch Dionin, eine neue, physiologisch und therapeutisch bemerkenswerthe Beobachtung. Von Dr. Wolffberg.

II. Beiträge zur Dionin-Therapie. Von Dr. Karl Nicolaier. (Aus Dr. Wolffberg's Augenklinik in Breslau.)

III. Ueber die mit Dionin zu behandelnden Augenkrankheiten. Von Dr. Wolffberg.

In kurzer Zeit sind drei Publicationen über dieses Mittel aus der Klinik Wolffberg's erschienen, welche ihm ganz besondere Eigenschaften zuschreiben, so dass dem Referenten eine ausführlichere Mittheilung nicht unangezeigt erscheint. Butalini theilte mit, dass Peronin (ein Morphinderivat) ausgezeichnete localanästherisirende Eigenschaften besitze. W. prüfte nach und fand eine ganz eigenthümliche Wirkung desselben. Einer Dame, die wegen höchst lästigen Drückens in den Augen, das ihr den Schlaf störe, klagte, und bei der bei genauester Untersuchung der Augen nichts Pathologisches auffindbar war, wurde von W. 2%ige Peroninlösung eingeträufelt. Die sofort eintretende Röthung der Conjunctiva war nicht unerwartet, aber innerhalb weniger Minuten trat Chemosis, Oedem der Lider, Thränenträufeln auf und hatte das Gefühl des Druckes sich bedeutend erhöht. Diese Symptome setzten, da sie so unerwartet kamen, den Autor in Schrecken und er dachte schon an eine Infection mit Gonokokken. Nach einiger Zeit schwanden diese Erscheinungen, das Druckgefühl war ebenfalls geschwunden, das Auge im alten Status. Da das Peronin schwer löslich war, wurde ein anderes Morphinderivat, das

Dionin, zu gleichen Zwecken verwendet. Benützt wurden 2%ige, 5%ige—10%ige Lösungen und das Pulver in Substanz. Da die Lösung leicht ausfällt, wurde später das Pulver selbst oder erwärmte 10%ige Lösung, schliesslich 10—25%ige Cacaoölstäbchen applicirt. Die Stäbchen sind 4—5 mm lang, schmelzen sofort und die erste Dioninwirkung ist nach wenigen Secunden in der lebhaften Ciliarinjection ausgesprochen. Je nach den pathologischen Veränderungen variiren dann die weiter hinzutretenden Erscheinungen. Beispiel: Fall von Trachom. Conj. palp. schmutzig roth, Gewebe sulzig, stellenweise in Vernarbung, rechte Cornea intact, links Pannus tenuis. In beide Augen ein 25%iges Dioninstäbchen. Zunächst kaum unangenehmes Fremdkörpergefühl, dann leichtes Brennen und Thränen. Zwei bis drei Minuten darauf starkes wässeriges Oedem der Lidränder, das sich bis zur Hälfte der Lidhöhe erstreckt und den inneren Winkel blasenartig verdeckt. Stark geschlängelte Venen an beiden Lidern, Schläfe, Wange und Nase zu sehen, die Präauriculardrüse zu fühlen, das Auge wegen Lidschwellung kaum zu öffnen, jedoch zu erkennen, dass der Limbus corneae von rosafarbener chemotischer Conjunctiva bedeckt ist, welche Chemosis sich über den ganzen Augapfel bis auf die Uebergangsfalte erstreckt. Die Conj. palp. hochroth, aufgelockert, stark glänzend, die Cornea ebenfalls glänzend, der Pannus aufgelockert, wie mit Körnchen bedeckt. Die Sensibilität der Cornea mässig verringert, die Pupille reagirt, ist aber etwas enger, die Spannung scheint etwas geringer. Das Brennen war nach fünf Minuten verschwunden, das Thränen etwas später. Nach einer Stunde waren die Schwellungserscheinungen so ziemlich gleich gebieben, nur dass die ausgeschiedene Gewebsflüssigkeit sich gesenkt hatte, so dass das Oedem des Unterlides auf die Wange herabgegangen war, die Chemosis der Conj. bulbi nur die untere Hälfte der Cornea umfasste, aber stärker prominirte. Nach 2—3 Stunden waren die Erscheinungen ganz abgelaufen. Bei anderen Kranken dauerte es länger. Uebrigens schien es, als ob das Auge sich an häufigere Applicationen des Dionins gewöhnen würde. Bei zweistündlichem Einlegen je eines 10%igen Stäbchens befand sich Patient wohl, die Augen wurden blasser, der Pannus anscheinend dünner.

Es handelt sich, wie das klinische Bild zeigt, zweifellos um eine vermehrte Lymphausscheidung. Die Capillarhyperämie, die gleichzeitig vorhanden ist, steigert nach den Beobachtungen

W.'s nicht die Entzündung. Auch da, wo die Chemose nur angedeutet ist, wirkt die Lymphstauung durch Verbesserung der Ernährungsverhältnisse. Von Wichtigkeit ist dieses Moment, wo Gefässneubildung vorhanden ist. Bei einem Fall von Meso-keratitis vasculosa, der auf Atropin, Cocaïn und Atrabilin nicht reagirte, trat der Heilungsvorgang auf Dionin sehr bald ein, speciell die Schmerzen wurden gelindert und der Nachtschlaf ermöglicht. Bei Keratitis fascicularis wurde unter Atropin, gelber Salbe und Dionin das Heilverfahren abgekürzt. Besonders lobend spricht sich W. über die Wirkung des Dionins bei zwei Fällen von schwerer mit Wundinfection verbundener perforirender Bulbusverletzung aus. Es wurde noch bei zahlreichen anderen Krankheitsfällen (Hornhautgeschwüren), Ablatio retinae, Chorioideitis, selbst Glaukom versucht. „Ueberall konnte man den Eindruck gewinnen, dass die Heilung durch Dionin begünstigt werde."

Nicolaier berichtet über 2 Fälle von fasciculärer Keratitis, über 3 Fälle von Phlyctänen und 2 Fälle von Trachom. Bei Letzteren war ein nennenswerther Erfolg nicht bemerkbar. In allen Fällen aber trat die geschilderte Reaction auf. Aus der Art der Reaction konnte man auf den Grad der Beeinflussung schliessen. Je stärker die Chemose, desto günstiger der Erfolg.

In der dritten Abhandlung stellt W. auf Grund seiner klinischen Erfahrungen folgende Sätze auf:

1. Die mit dem Dionin verbundene Lymphüberschwemmung des Auges macht es zu einem wichtigen Hilfsmittel in der Behandlung aller Hornhautleiden, speciell solcher, die nicht von Bindehautleiden abhängig sind.

2. Dionin ist für die Wundbehandlung nach allen Bulbusoperationen und bei allen Verletzungen des Augapfels, sowie des Bindehauttractes zu empfehlen.

3. Dionin ist ein Unterstützungsmittel für die Behandlung des grünen Staars. — (Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges Nr. 1, 3, 4, 1899.) Königstein.

Ueber subconjunctivale Injectionen. Von Dr. Neunhöffer. (Aerztlicher Verein zu Stuttgart.)

N. referirt über die Wandlungen, welche die Ansicht über die subconjunctivalen Injectionen durchgemacht hat. Anfangs wurden sie als Kochsalzinjectionen behufs Aufhellung alter Narben empfohlen, später wurden sie als Sublimatinjectionen von Secondi, Reymond und besonders Darier aufgenommen, um, wie

es scheint, wieder verlassen und als Kochsalzinjectionen weiter geübt zu werden. Der Autor hat ebenfalls die Sublimatinjectionen ganz verlassen, u. zw. nur aus dem Grunde, weil sie sehr schmerzhaft sind und zu Verwachsungen führen. N. bringt drei Krankheitsgeschichten vor, welche die Wirkung der Einspritzungen bei Glaskörpertrübungen, Chorioideitis etc. illustriren sollen.

Distler verwendet feine scharfe Nadeln aus Platiniridium und macht die Injectionen möglichst weit in die Peripherie, u. zw. injicirt er energisch Hg-Präparate bei Infectionen traumatischer und postoperativer Natur; bei Chorioiditiden, insbesondere bei Myopie aber nur Kochsalz.

Zimmermann hat bei postoperativer Infection keinen einzigen einwandfreien Erfolg von Einspritzung von Hg-Präparaten gesehen, auch bei septischem Ulcus, Keratitis parenchymatose und Ureitis anterior war kein evidentes Resultat zu verzeichnen. Er verwendet jetzt nur NaCl-Einspritzungen, weil sie Dasselbe wie die Quecksilberpräparate leisten, und hat deren Application auf Chorioideitis subacuta, chronica und Glaskörpertrübungen restringirt. — (Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges. Nr. 2, 1899.) Königstein.

Ueber einen Fall von Resection des Ganglion cervicale supremum sympathici. Von Dr. W. Zimmermann.

Referent hat bereits über dieses neue Verfahren an diesem Orte Mittheilung gemacht und seiner Ansicht dahin Ausdruck gegeben, dass das Verfahren Jonesco's in geeigneten Fällen wird geprüft werden müssen, insbesondere nachdem ein Oculist vom Rufe Abadie's dieses versucht und auch empfohlen hat. Nun liegt eine Mittheilung Z.'s vor, die ebenfalls einen prächtigen Erfolg aufweist und es ist, wie auch Z. glaubt, Pflicht, alle diese Fälle zu registriren, bis ein so genügend zahlreiches Material vorhanden sein wird, dass man wohl ein Urtheil abgeben kann, ob dieses Verfahren allgemein in die Therapie aufgenommen werden muss.

Der Fall ist ein Glaukoma chronicum consecutivum, in welchem weder Punctionen noch mehrfache Iridektomien zur Herabsetzung des Druckes führten. Auf Andrängen des Patienten wurde linkerseits die Resection des Ganglion ausgeführt. Das Ganglion supremum wurde freigelegt, faradisch gereizt und durch die Erweiterung der Pupille constatirt, dass das richtige Gebilde vorliege. Hierauf wurde das Ganglion und der sympathische Nerv 1 cm unterhalb resecirt. Sofort trat eine hochgradige Ver-

kleinerung der linken Pupille ein, der Druck ging herab, so dass man leicht eine Delle eindrücken konnte. In den nächsten Tagen wurde das Colobom wieder etwas grösser, blieb aber noch immer kleiner als rechts, der Druck hob sich, war aber unter der Norm. Das Sehvermögen hat sich auf der operirten Seite gehoben und stieg noch immer an, während és auf der rechten Seite immer mehr verfiel. — (Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges. Nr. 2, 1899.) Königstein.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Ueber Tumoren als Geburtshindernisse. Von Prof. A. Benckiser.

Die am häufigsten in Betracht kommenden Tumoren sind: Ovarialtumoren und Myome. Der Satz, man solle Ovarialtumoren exstirpiren, sobald sie entdeckt werden, gilt auch für die Zeit der Schwangerschaft. Während derselben ist im Allgemeinen die Operation nicht gefährlicher; die Möglichkeit der Unterbrechung der Schwangerschaft verliert an Bedeutung gegenüber den grossen Gefahren der Torsion und Nekrose, des vermehrten Wachsthums, der Einklemmung.

Wenn also irgend möglich und der Tumor droht, ein Geburtshinderniss abzugeben, so muss er vor der Geburt entfernt werden. Eine Punction ist nur in seltenen Nothfällen gerechtfertigt.

Gestielte Myome können wie Ovarialtumoren abgetragen werden; liegen sie aber intramural, dann ist die zu gewärtigende Unterbrechung der Schwangerschaft recht bedenklich. Solche Myome sollen also nur dann entfernt werden in der Schwangerschaft, wenn eine dringende Indication vorliegt.

Geburtshilflich wird das ärztliche Handeln durch die Beweglichkeit bis zur Zurückschiebbarkeit der Tumoren ins grosse Becken bestimmt. Demnach unterscheidet man reponible und irreponible Tumoren; zu den ersten gehören die meisten gestielten Tumoren, zumal Ovarialtumoren, die Mehrzahl der letzteren machen die Myome aus.

Vf. schildert nun 6 einschlägige Fälle, darunter 2 Ovarialtumoren, 2 Myome des unteren Uterinabschnittes, einmal handelte es sich um ein mit Ovarialtumor verwechseltes Hämatom im Mesenterium, einmal um das nicht gravide Horn eines Uterus didelphis.

In drei dieser Fälle waren die Tumoren reponibel, so dass nach der Reposition die Geburt zweimal spontan, einmal mit Forceps erfolgte. In zwei Fällen (1 irreponibler Ovarialtumor und 1 Cervixmyom) musste das bereits abgestorbene Kind durch Perforation und Cranioklasie entfernt werden. Einmal wurde der Kaiserschnitt mit Exstirpation des myomatösen Uterus nothwendig.

Die beste Prognose geben natürlich die reponiblen Tumoren, daher die Reposition mit Freimachen des Geburtsweges zunächst ins Auge zu fassen ist, nachdem die Art des Tumors festgestellt wurde. Ist die Reposition gelungen, so wird der Kopf ins Becken eingestellt, eventuell unter Sprengen der Fruchtblase, um ein Rückfallen des Tumors zu verhindern. Bei ungenügend vorgeschrittener Geburt legt man zu diesem Zweck einen Kolpeurynter ein.

Gelingt die Reposition nicht, so ist zu entscheiden, ob der Tumor solid oder cystisch ist: oft eine schwierige Entscheidung. Die Punction ist auch bei cystischen Tumoren als mangelhafter und gefährlicher Nothbehelf zu verwerfen! Entweder macht man eine breite Incision von der Scheide aus nach Blosslegung des Tumors mit folgender Vernähung mit den Scheidenwundrändern und Drainage, oder man exstirpire die Geschwulst noch unter der Geburt nach Entleerung von der Scheide aus.

Unter Umständen müsste der Bauchschnitt mit Sectio caesarea vorgenommen werden, dem die Exstirpation des Tumors anzuschliessen wäre. — (Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28, 1899.)

H.

Die Behandlung der Eklampsie durch Infusion von Salzlösung. Von Dr. L. M. Allen.

Diese Behandlung mit Infusion physiologischer Kochsalzlösung hat sich in den drei vom Vf. genau mitgetheilten Fällen vortrefflich bewährt. Dass es sich um schwere Formen der Eklampsie gehandelt hat, beweist die Mittheilung, dass in dem einen Falle vor Beginn der Behandlung 25 Anfälle vorausgegangen sind.

Die nächste Ursache der Eklampsie liegt eben nicht in der Nierenerkrankung, auch nicht in einer Störung im Nervensystem, oder in einer durch Uretercompression bedingten Harnverhaltung, sondern in einer allgemeinen Blutvergiftung von der Placenta aus. Hierauf muss also eine rationelle Therapie sich stützen. Es

handelt sich wahrscheinlich um sich bildende Toxalbumine im Blute.

Zunächst muss also der Fötus und die Nachgeburt entfernt werden, auch ein Theil der vergifteten Blutmenge durch eine oder selbst wiederholte Venäsection. Die für die Circulation nöthige Menge ist dann durch mehrfache ausgiebige Infusionen von physiologischer Kochsalzlösung einstweilen zu ersetzen. Hiedurch wird das gifthältige Blut verdünnt, damit die giftige Wirkung desselben vermindert. Die Kranke wird zur Zeit der grössten Noth stimulirt, ihre Nieren werden ausgewaschen, indem eine erstaunliche Menge von Harn ausgeschieden wird. Die „ausgehungerten Gewebe“ bekommen provisorisch eine Ernährung, daher auch der so augenfällige Erfolg.

Von dem gerühmten Veratrum viride hat Vf. keine besondere Wirkung gesehen; im Gegentheil, statt die Kranke anzuregen, wird eine Depression hervorgerufen. Chloroform ist ebenso wenig ein Specificum; es kann durch laryngeales oder pulmonales Oedem leicht Gefahr bringen. Sowohl dieses Mittel, wie auch Morphium können als gelegentliche Adjuvantien in Betracht kommen. Pilocarpin ist überhaupt zu gefährlich.

Die Venäsection ist nicht nur bei vollblütigen cyanotischen Kranken angezeigt, sondern mit nur wenigen Ausnahmen in allen Fällen; nicht allein bei vollem, harten Puls, sondern auch bei schnellem, wenngleich schwachem. Durch die Blutentziehung wird auch einer Blutüberfüllung der Lungen vorgebeugt.

Sobald sich Voranzeichen der Eklampsie einstellen, ist eine prophylaktische Behandlung angezeigt. Entleerung des Darmes, zweimal täglich warme Bäder, Milch und Wasserdiät, Beruhigungsmittel. Dabei muss die Kranke strenge überwacht werden.

Nach Ausbruch der Eklampsie gibt man zunächst subcutane Morphiumeinspritzung. Thunlichst rasche Entbindung. Inzwischen ist ein Klysma von Chloralhydrat mit Bromkali zu verabfolgen. Die Entbindung erfordert meist Chloroformnarkose, doch soll nur die unbedingt nöthige Menge verwendet werden. Nach der Geburt soll man nicht den Uterus zu Contractionen anregen, vielmehr denselben eine Zeit lang bluten lassen; genügt dies nicht, ist eine Venäsection vorzunehmen. Dann aber kommen ausgiebige und wiederholte Infusionen von Kochsalzlösung in Anwendung. — (Amer. Journ. of Obstetr., Mai 1899.) H.

Ueber das Verhältniss zwischen den Indicationen zur Sectio caesarea, Symphyseotomie, Craniotomie und Partus arte praematurus. Von Prof. Leopold.

Es empfiehlt sich aus praktischen Gründen drei Grade der Beckenverengung anzunehmen: den ersten mit einer Conj. vera bis 7 cm, resp. $7\frac{1}{2}$ cm (bei allgemein verengtem Becken), den zweiten 7 (bezw. $7\frac{1}{2}$) cm bis 6 cm und den dritten mit einer Vera von 6 cm und darunter. Auch ist streng zu unterscheiden zwischen Erst- und Mehrgebärenden.

Bei Erstgebärenden mit Beckenverengung ersten Grades kommt sehr häufig die Geburt spontan zu Stande, wenn das mässig verengte Becken mit mittelgrossem reifem Kinde, mit regelrechter Einstellung und guter Gefügigkeit des vorangehenden Kopfes und guter treibender Kraft zusammentrifft. Schonung der Fruchtblase und zuwarten!

Ist erstere geborsten, so leistet der Kolpeurynter einigen Ersatz: er verhindert weiteres Abfliessen des Fruchtwassers, regt die Wehen an und erweitert für den leichteren Austritt des vorangehenden Theiles die Weichtheile im Beckenausgange. Durch die Walcher-Lage wird die Conj. vera um $\frac{1}{2}$ bis 1 cm vergrössert, sie soll daher geschickt ausgenützt werden.

Schlagen diese Mittel fehl, so kann auf der Klinik wohl der Kaiserschnitt in Betracht kommen, in der Privatpraxis ist aber doch die Perforation vorzuziehen. Dies gilt sowohl für Beckenverengung zweiten Grades, wo die spontane Geburt in der Regel von vorneherein ausgeschlossen ist, als für Beckenverengung ersten Grades bei ungünstigen Umständen (schlechte Einstellung etc.).

Die Perforation des lebenden Kindes ist allerdings zu vermeiden und soll möglichst durch eine lebensrettende Operation ersetzt werden; in gewissen Fällen, namentlich der Privatpraxis, ist ihr aber entschieden der Vorzug zu geben vor der relativen Sectio caesarea und vor der Symphyseotomie.

In der dritten Gruppe von engen Becken ist eine spontane Geburt ausgeschlossen bei mittelgrossem reifen Kinde; Zange und Wendung mit nachfolgender Extraction ebenfalls, Perforation und Symphyseotomie sind sehr schwierig, bezw. contraindicirt und werden besser ersetzt durch Sectio caesarea mit oder ohne Erhaltung des Uterus.

Bei Mehrgebärenden sind die Schwierigkeiten und Widerstände im Allgemeinen relativ grösser, daher vor dem Ende der Schwangerschaft die künstliche Frühgeburt angezeigt ist. Untere Grenze ist eine Conj. vera von 7, resp. $7\frac{1}{2}$ cm; die beste Zeit die 35. Woche der Schwangerschaft. Erhaltung der Fruchtblase und Kopflage sind wesentliche Bedingungen.

Am Ende der Schwangerschaft ist die Craniotomie angezeigt: *a)* bei abgestorbenem Kinde, wenn eine Geburtsstörung eintritt, *b)* bei absterbendem Kinde, wenn wegen Beckenenge eine Spontangeburt nicht eintritt und wenn die Wendung und Extraction, sowie die Zange zu gefährlich sind, *c)* bei lebensfrischem Kinde wird in einer Klinik nicht, in der Privatpraxis aber wohl craniotomirt, wenn infolge der Beckenenge die spontane Geburt, Zange und Wendung ausgeschlossen sind, wenn die Frau entbunden werden muss, eine Sectio caesarea oder die Symphyseotomie aber zu gewagt wären. Untere Grenze für Craniotomie ist eine Conj. vera von 6 cm.

Die Sectio caesarea ist absolut indicirt bei einer Conj. vera von 6 cm oder darunter; relativ bei Conj. vera von $7\frac{1}{2}$—6 cm, wenn spontane Geburt, Zange und Wendung ausgeschlossen sind, das Kind lebensfrisch ist und die äusseren Umstände für eine solche Operation günstig sind.

Die Symphyseotomie bewegt sich in den Grenzen der Beckenenge von $7\frac{1}{2}$—6 cm Conj. vera und concurrirt hier mit dem relativen Kaiserschnitt. — (Münchn. med. Wochenschr. Nr. 34, 1899.)

H.

Dermatologie und Syphilis.

Experimentelle und klinische Untersuchungen über die reducirenden Wirkungen des Pyrogallols, Eugallols und Lenigallols. Von Dr. P. Grüneberg.

Im Vorjahre versuchte Kromayer an Stelle der zu sehr reizenden Pyrogallussäure zwei Derivate dieser Substanz in die Praxis einzuführen, um neben der stark reducirenden Eigenschaft des Urstoffes die mit seiner Anwendung einhergehende Reizung zu vermeiden. Wir wissen ja, dass dem Pyrogallol stark reducirende Eigenschaften innewohnen, d. h., es ist im Stande, pathologisches Gewebe zur Norm zurückzuführen; leider geht diese Eigenschaft mit der Nebenwirkung starker Hautreizung einher. Wird nun die Pyrogallussäure

(Pyrogallol) mit Essigsäure in Verbindung gebracht, so entsteht durch Vertretung der drei Hydroxylgruppen des Pyrogallols durch je ein Essigsäuremolecül das Lenigallol, d. h. das Pyrogalloltriacetat. Es ist ein weisses, in Wasser unlösliches Pulver. Wird jedoch nur ein Hydroxyl durch das Essigsäuremolecül gebunden, so entsteht eine Substanz, die Kromayer Eugallol nennt. Diese bildet eine syrupdicke, kaum flüssige, braune Masse, die in Wasser leicht löslich ist und daher direct aufgepinselt werden kann. Während im Lenigallol die Pyrogallolwirkung nur nach und nach zur Geltung kommt und auf die erkrankten Partien beschränkt bleibt und intensiv genug ist, um überraschend gute Heilerfolge zu ergeben, so entsteht doch keine entzündliche Hautreizung im gesunden Gewebe. So können acute und chronische Ekzeme, ferner Ekzeme mit psoriatischem Habitus mit Lenigallolsalben (Lenigallol 3—10 0, Pasta Zinci 100 0) rasch geheilt werden. Gerade acute Ekzeme mit impetiginösem, nässenden, crustösen Charakter, die bisher nur einer milden Therapie wichen, wurden durch Lenigallolsalben sehr gut beeinflusst. Erfolglos war Lenigallol gegen Ekzeme, die mit alten, bindegewebigen Verdickungen einhergingen. Auch derbe, alte Psoriasisflecke wichen dem Lenigallol nicht. Das Eugallol (Monacetat) ist wohl wirksamer als das Lenigallol, dafür haftet ihm auch der Fehler starker Irritationsfähigkeit an. Experimentelle Untersuchungen haben es klar gemacht, dass die Wirkungsweise dieser Stoffe mit Reductionen im chemischen Sinne zusammenhängt. Eugallol besitzt ein stärkeres Reductionsvermögen als Lenigallol. Besonders stark ist das Reductionsvermögen des Eugallols in Lassar'scher Paste; daher seine Anwendung gegen Lupus, nachdem der Herd operativ (Löffel) entfernt wurde und gegen alte, hartnäckige, nicht ausgedehnte Psoriasis empfohlen wird. — (Dermat. Zeitschr., 1899.)

Horovitz.

Beitrag zur Behandlung der Psoriasis. Von Dr. H. Goldschmidt.

G. hat die von Kromayer in die Therapie eingeführten Arzneien Eugallol und Lenigallol, d. h. die Essigsäureverbindungen des Pyrogallols und des Chrysarobins bei Psoriasis mit befriedigendem Erfolge benützt. Es macht sich die reducirende Wirkung des Mittels hiebei geltend und wird durch Zugabe von Zinkoxyd noch mehr gesteigert; was durch Schwarzfärbung der

aufgetragenen Masse als auch der Haut sich bemerkbar macht. Die Anwendung geschieht so, dass 66²/₃ Eugallol in 33¹/₃ Aceton gelöst auf die kranken Stellen aufgetragen wird; etwa nach einer halben Stunde wird Zinkoxydpulver und Zinkpasta darüber applicirt. Selbst nach Anziehen der Unterkleider bleibt noch eine Menge Zinkoxyds haften, um die reducirende Wirkung zu erhöhen. Am nächsten Tage Schwarzfärbuug der gepinselten Stellen. Diese Procedur wurde durch einige Tage hindurch wiederholt. Nach 5—6maliger Pinselung lösten sich die Schuppen, und es blieb eine glatte, braunrothgefärbte Fläche zurück, die wochenlang nach Aussetzen der Behandlung anhielt. Für Fälle mit reicher Eruption eignet sich diese Methode, weil sie mühsam, zeitraubend und sehr kostspielig ist, doch nicht. Intoxicationserscheinungen waren nie zu beobachten, seltener vorübergehende Reizungserscheinungen um die Flecke herum. Bei beschränkter Ausbreitung einzelner, inveterirter Plaques leistet das Mittel Vorzügliches. Die Schwarzfärbung der Haut schwindet nach einigen Tagen. — (Dermat. Centralbl. Nr. 1, 1899.) Horovitz.

Zur Pathogenese und Therapie der Elephantiasis arabum. Von Prof. A. J. Pospelow.

Infolge wiederholter Erysipelattaquen kam es zu einer Elephantiasis und später zu einem Ulcus cruris. Zur Zeit der Aufnahme war das Bein dreimal grösser als das gesunde. Lues konnte nicht nachgewiesen werden. Es wurde nun nach dem Vorgange von Gattou und Dominici Kalomel subcutan injicirt. Bereits nach zwei Injectionen von je 0·05 Kalomel pro dosi in einer Zwischenzeit von vier Tagen wurde ein erstaunenswerther Erfolg beobachtet: Nach der dritten Injection verkleinerte sich das Bein, die verrucösen, nässenden Stellen trockneten ein und schuppten ab. Im Ganzen wurden im Verlaufe von 3¹/₂ Monaten 10 Kalomelinjectionen in Vaselinöl gemacht und die Kranke verliess mit einer vollständig normalen Haut die Klinik P.'s. — (Medicinskoje Obosvenie, 1899; Dermat. Centralbl. Nr. 1, 1899.) Horovitz.

Ein sehr praktisches Verfahren zur Heilung des Unterschenkelgeschwüres. Von A. G. Cyriani.

Die Methode soll rasch und ohne Schmerzen, ohne Berufsstörung zur Heilung führen: Nach gründlichem Waschen des Unterschenkels, eventuell nach protrahirtem warmen Bade wird

das Geschwür mittels scharfen Löffels abgekratzt und mit Jodoformwatta abgetupft, mit Ekajodoform bestreut und mit in 1—2 %iger Formaldehydlösung getauchten Verbandstücken bedeckt und darüber eine in 2—4 %ige Lösung getauchte Schicht gelegt und mit einem Druckverbande niedergebunden. Täglich Verbandwechsel. — (Therap. Monatsh. Nr. 8, 1899.)

Horovitz.

Kalomelinjectionen bei Lupus und nicht syphilitischen Affectionen. Von Asselbergs.

Kalomelinjectionen bei Lupus. Von Dr. Bernstein.

Bei einem seit vielen Jahren bestehenden Lupus ulcerosus machte B. nach dem Vorgange von Asselbergs und Dubois-Havenith 6 Kalomelinjectionen zu 1 cm^3. Die Geschwüre heilten vollständig; es blieben bloss einige Knötchen zurück. A. hatte in 15 Lupusfällen intramusculäre Injectionen gemacht und 5 Heilungen und 3 Besserungen erzielt. Die Infiltrate nehmen unter dieser Behandlung wesentlich ab, so dass sie eine sehr brauchbare Hilfsmethode bei Behandlung des Lupus abgibt. Aber auch bei Ulcus rodens, Carcinoma mammae, Carcinoma nasi, Carcinoma labii infer., Elephantiasis und Adenitis tuberculosa wurden die Injectionen mit Vortheil angewandt. — (Münch. med. Wochenschr. u. Annal. de dermat. Nach Centralbl. f. Dermat. Nr. 1, 1899.)

Horovitz.

Ueber die Behandlung der Syphilis mit hochdosirten Sublimatinjectionen. Von Dr. R. Kapper.

Es wurden 5% intramusculäre Kochsalzsublimatinjectionen an 69 Kranken der Prager deutschen Universitätsklinik angewandt und waren die Resultate so zufriedenstellend, dass diese Methode an die Seite der Einreibungscur gestellt werden kann. Die ab und zu beobachteten Infiltrate schwanden nach relativ kurzer Zeit; Stomatitis ist nicht häufiger und nicht schwerer als nach der Inunctionscur. Schleimhaut und Hautveränderungen traten relativ rasch zurück. Unter allen löslichen Hg-Präparaten ist Sublimat das wirksamste Mittel und werthvoller als die unlöslichen Hg-Präparate. — (Prager med. Wochenschr. Nr. 1, 1898.)

Horovitz.

Ueber den Nachweis von Arsen auf biologischem Wege in den Hautschuppen, Haaren, Schweiss und Urin. Von Dr. W. Scholz.

Wir wissen eigentlich bis heute noch nicht, wie sich die Wirkungsweise des zu therapeutischen Zwecken eingeführten

Arsens gestaltet. Zunächst handelt es sich zu entscheiden, ob die nach toxischen oder therapeutischen Dosen auftretenden Hautveränderungen Fernwirkungen von Seite der Nerven oder des Blutes oder des Gesammtstoffwechsels sind oder ob das Arsen direct in die Hautgebilde eintritt, um dann seine specifische Wirkung zu entfalten. Schiff's Versuche in dieser Richtung, mit dem Marsch'schen Apparate zu Ende geführt, ergaben positive Resultate in den Anhangsgebilden der Haut bei Thieren. Allein die von Schiff den Thieren einverleibten Dosen übersteigen stark die therapeutischen Mengen. Nach derselben Methode untersuchte Psoriasisschuppen von mit Arsen vorbehandelten Patienten gaben ein negatives Resultat. Nun wurden ähnliche Schuppen der biologischen Prüfung unterzogen und das Resultat fiel positiv aus. Die Methode beruht auf der Abspaltung von intensiv nach Knoblauch riechendem Arsengas, wenn Penicillium brevicaule auf Agarböden wächst, denen feste Arsenverbindungen einverleibt sind. Wenn dem Agar auch nur minimale Spuren von Arsen einverleibt sind, so entsteht beim Wachsthum von Penicillium brevicaule bei einer Temperatur von 25—30° C. schon nach 24—36 Stunden der charakteristische Geruch. Man kann mit diesem Reagens noch $^1/_{800}$—$^1/_{500}$ mg Acidum arsenicosum nachweisen. Ebenso wurde im Schweisse und Harne, ferner in den Haaren der Nachweis auf Arsen geliefert. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 42, 1899.) Horovitz.

Ueber den therapeutischen Werth der Eigone (Jodeiweissverbindungen). Von Dr. Chrzelitzer.

Eigone sind Jodeiweissverbindungen, die eine bestimmte Menge Jod gebunden haben. Im thierischen Körper wird das Präparat zersetzt und das freigewordene Jod sofort zu einer löslichen Jodverbindung umgestaltet, so dass freies Jod nie zur Wirkung gelangt. Das Präparat ist geruchlos. Auf verschiedene Bacterienculturen gebrachtes α-Eigon hatte stets die Wirkung, nach verschieden kurzen Zeiträumen die Bacterien in der Entwicklung zu hemmen und abzutödten. Es wird daher das α-Eigon als ein vortreffliches Streupulver bei Sklerosen, weichen Geschwüren, Gummen, Balanitiden und Fussgeschwüren benützt. Die Geschwüre reinigen sich rasch, verlieren den üblen Geruch und fangen an zu granuliren. Als Ersatz für Jodkalium und Jodnatrium beim inneren Gebrauche wird das β-Eigon und α-Eigonnatrium benützt. Diese Mittel sind ungiftig und können in grossen

Mengen gegeben werden. Die gewöhnlichen Erscheinungen des Jodismus werden hiebei vermisst. — (Monatsh. f. prakt. Dermat. 15. Oct. 1899.) Horovitz.

Die Behandlung von Lupus erythematosus durch innere Darreichung von Jodoform. Von H. H. Whitehouse.

Eine 52 Jahre alte Patientin mit ausgebreitetem Lupus erythematosus über Gesicht, Kopf, Rücken, Brust und Arme wurde vergeblich durch 3 Jahre mit äusseren Mitteln behandelt. Erst nach Gebrauch von 0·06 Jodoform in Pillenform nach jeder Mahlzeit trat eine Besserung und nach 3 Monaten eine Heilung ein, die noch nach weiteren 4 Monaten anhielt. — (New-Yorker med. Journ. 1899. Nach Monatsh. f. prakt. Dermat. 1. Oct. 1899.) Horovitz.

Urologie.

Ueber terminale Hämaturie und ihre Behandlung. Von Dr. C. Posner.

In der vorliegenden Arbeit bringt P. eine Zusammenstellung all' jener Processe, welche sich mit dem Abgange von Blut beim Schlusse der Miction zu vergesellschaften pflegen; die letztere Erscheinung wird vom Vf. mit dem Namen der terminalen Hämaturie bezeichnet.

Am häufigsten und dem praktischen Arzte am besten bekannt ist die im Verlaufe der Blennorrhöe auftretende Cystitis colli, bei der das eine Mal in acuter stürmischer Weise, das andere Mal mehr schleichend und schmerzlos die Krankheitssymptome sich ausbilden und zum Schluss der Harnentleerung ein oder mehrere Tropfen Blut sich zeigen. Die Behandlung erfordert vor Allem Schonung und Ruhigstellung des erkrankten Organes — Letzteres durch Opiate — wobei die Regelung der Diät, des Stuhlganges eine wesentliche Rolle spielen. Eine locale Behandlung mit Guyon'schen Instillationen von 1—2% Arg. nitric.-Lösung, 5—10% Protargollösung oder mit Janet'schen Spülungen (Arg. nitric.), Kali hyperm., Sublimat in den bekannten Concentrationen und je nach Lage des Einzelfalles kommt erst in Frage, wenn der Process sich in die Länge zieht.

Ganz andere Aufgaben erwachsen dem Arzte, wenn die terminale Blutung durch einen Fremdkörper oder Stein in der Blase hervorgerufen wird. Hier wird die Schleimhaut bei den letzten Contractionen der Blasenmusculatur durch den Fremd-

körper gewissermassen angebohrt. Ist die Diagnose des Fremdkörpers oder Steins durch Sonde oder Cystoskop gesichert, so wird man auf die Entfernung in der einen oder anderen Weise bedacht sein müssen. Zu terminalen Blutungen Veranlassung geben weiterhin Neubildungen um den Blasenhals herum, besonders gestielte Polypen, Carunkeln, Tumoren der Prostata und zuweilen auch die Prostatahypertrophie, insbesondere, wenn sie einzelne starke Wulstungen am Blasenhalse aufweist. In allen diesen Fällen kann die Behandlung nur eine wesentlich chirurgische sein.

Durch eine terminale Blutung kündigt sich endlich nicht selten die beginnende Blasentuberculose an, bei der jede örtliche Behandlung erfahrungsgemäss meist von Uebel ist. Nur das Sublimat in ganz schwachen Lösungen (1 : 30.000—1 : 20.000) dürfte gelegentlich in Form von tropfenförmigen Instillationen am Platze sein und sich auch gegen die Blutung bewähren. Im Allgemeinen wird man aber auch hier sich auf allgemeine Behandlung — Hebung des Kräftezustandes, gute Ernährung, Vermeidung aller Schädlichkeiten — beschränken und nur da, wo die Beschwerden gar zu lebhaft werden, sich zur Anlegung einer Blasenfistel entschliessen. Von den innerlich verabreichten Hämostaticis kommen allenfalls nur Hydrastis can. und Hamamelis als wirkende Behelfe in Anbetracht.

Auch die örtlich anzuwendenden Adstringentien versagen meistens bei Blutungen aus den Harnorganen und müssen durch Massnahmen ersetzt werden, die decongestionirend wirken — so durch eine Blutentziehung am Damm, durch den Katheterismus bei drohender Harnverhaltung. Ueber die neuerdings empfohlene Gelatinelösung, subcutan oder örtlich angewendet, liegen noch keine Erfahrungen vor. — (Ther. d. Gegenw., Mai 1899.)

N.

Ein Fall von Penisluxation bei einer rituellen Circumcision.
Von Dr. M. Schrank.

Bei der Untersuchung eines 3 Tage alten, zu beschneidenden Kindes rutschte beim Straffziehen des Präputiums die Glans penis unter die Haut des Scrotums, das Präputium mitziehend, so dass nur ein Hautbeutel zu sehen war.

Die den Penis bedeckende Haut war nur um die Glans herum adhärent, in der Gegend der Präputialhaftstelle, es handelte sich um eine Entwicklungsanomalie. Der Beschneider

schnitt ein circuläres Hautstück ab und es kam wahrscheinlich bei einem zufälligen Druck auf die Perinealgegend die Glans wieder zum Vorschein. Die profuse Blutung gab zu einem operativen Eingriff Veranlassung, indem das innere Präputialblatt mit dem äusseren lege artis vernäht wurde. — (Gyógyászat Nr. 16, 1898.) N.

Zur completen Ruptur der Harnröhre. Von Dr. A. Stern.

Völlige Continuitätstrennungen der Urethra gehören zu den seltensten Vorkommnissen. Eine frühzeitige Diagnose, die sich auf Anurie, Blutung aus der Harnröhre, Perinealschwellung. mehr oder weniger Shockanfall, der Unmöglichkeit des Katheterismus etc. gründet, ermöglicht allein einen glücklichen Ausgang durch rechtzeitige Vornahme der hier gebotenen Urethrotomia externa. Vf. führt einen solchen Fall an. Der 34jährige Patient fiel beim Zeugaufhängen von einer Leiter auf einen Eisenzaun, u. zw. so, dass ihm eine Eisenspitze ins Perineum drang. Statt Urin Blutung. Ein weicher Nelatonkatheter lässt sich nicht einführen. Aeussere Urethrotomie: 60 g blutigen Detritus in einer Höhle gleich unter der Fascia superficialis, das centrale Ende der Urethra wird mit Mühe gefunden, ein Randkatheter eingelegt, die Enden der Urethra werden nicht vernäht. Tamponade der Perinealwunde. Nach 20 Tagen wird der Kranke geheilt entlassen; die Urethra war für Nr. 24 (Charrière) permeabel. — (New-York Med. Journ. 13. Mai 1899.) N.

Zur operativen Behandlung der Eichelhypospadie. Von Dr. Watten.

Ein Schuhmacherlehrling mit Hypospadia glandis, der an Enuresis nocturna litt, wurde von seinem Meister einer radicalen Cur unterzogen: er legte dem Knaben um die Mitte der Pars pendula eine Ligatur. Als am andern Tage sich der Faden wegen der Schwellung des Gliedes nicht entfernen liess, wurde er liegen gelassen, bis er später von selbst abfiel. Unterdessen bildete sich an der unteren Fläche des Penis, dicht hinter dem Faden, eine Oeffnung, durch welche der Harn tropfenweise abfloss. Zwei Monate nach dieser Manipulation konnte festgestellt werden, dass der periphere Antheil der Harnröhre centralwärts vollständig blind endete; an der Einschnürungsrinne hatte sich eine knorpelharte Verdickung der Gewebsschichten gebildet. Die Oeffnung an der unteren Penisfläche war stecknadelkopfgross, sie führte in einen feinen gewundenen Fistelgang. Bei der Opera-

tion wurde ein etwa 1½ cm langes Stück der Urethra resecirt, so dass der übrig gebliebene, zwischen Orif. ext. und Nahtlinie gelegene Theil derselben nur 1 cm betrug.

In diesem Falle, in dem von der v. Hacker-Bardenheuer-schen Methode der Hypospadiebehandlung schon a priori abgesehen werden musste, und in dem die Thiersch'sche vollständig missglückte, wandte Vf. folgende Operation an, welche im Ganzen ein befriedigendes Resultat ergab.

Die Operation beginnt, wie bei der v. Hacker-Bardenheuer-schen Methode, mit einem Hautschnitt, welcher vom Orif. ext. urethrae längs derselben möglichst weit centralwärts geführt wird und mit zwei seitlichen Schnitten, welche die Penishaut von der Eichel trennen. Dann folgt Abpräparirung der Haut von der Urethra, sowie beiderseits von der unteren Penisfläche nach der Peniswurzel zu. Der zweite Act besteht in Bildung eines Schleimhautlappens aus der unteren Partie der Eichelsubstanz, welcher, an der Spitze der Eichel beginnend, parallel ihrer unteren Fläche mit einem scharfen Messer nach der Basis zu abgelöst wird. Von der Basis der Eichel an trennt man die Harnröhre sammt ihrem Corpus cavernosum von der unteren Fläche des Penis im ganzen Bereiche des Hautschnittes ab. Somit bildet man einen Eichelsubstanz-Schleimhautlappen, dessen Stiel die Urethra mit ihrem Corpus cavernosum darstellt. Jetzt wird die Eichelwunde rinnenförmig vertieft, der Schleimhautlappen an diese gelegt und an der Eichelkappe mit 2—3 Nähten befestigt.

Bei diesem Eingriffe kommt das distale Ende der ursprünglichen Urethra in den Bereich der Eichelsubstanz zu liegen, was durch die Mobilisation der Harnröhre ermöglicht wurde. — (Centralbl. f. Chirurg. Nr. 38, 1899.) N.

Ueber die perineale Excision der hypertrophirten Prostata.
Von Dr. Baudet.

Vf. hat die von Quénu zur Operation des Mastdarmkrebses empfohlene Methode zur Excision der hypertrophirten Prostata in einem Falle angewandt. Die Operation, welche drei Viertelstunden dauerte und günstig verlief, setzte sich aus drei Hauptmomenten zusammen:

1. Eröffnung des Perineums. Durchschneidung eines Theiles der Raphe, Vordringen durch das ischiorectale Fettgewebe in die Tiefe bis an die Kremasteren, welch letztere dann durchschnitten wurden. Ablösung des Rectums von der Umgebung.

2. Enucleation der Prostata. Eröffnung der Kapsel der Prostata. Incision der Drüse in der ganzen Ausdehnung des Mittellappens und Abtragung der Hälften. Dabei wird die ganze untere Oberfläche des Pars prostatica urethrae und des Blasenhalses freigelegt.

3. Wiederherstellung des Dammes. Die beiden Hälften der Prostatakapsel werden an die Seitenwände des Beckens genäht.

Die Operation, welche freien Zutritt zur Prostata verschafft und deren Enucleation ermöglicht, ohne dass weder die Harnblase noch die Harnröhre eröffnet zu werden brauchen, zieht keine Störungen in den Functionen der Harnblase und des Rectums nach sich. — (Gazette hebdom. de méd. et de chir. August 1899.) N.

Fall von Blasenstein bei Prostatahypertrophie. Von Dr. Henle.

Vf. hat einen Blasenstein durch Sectio alta entfernt und darauf die bestehende Prostatahypertrophie durch Incision nach Bottini operirt. Man konnte sich nach derselben überzeugen, dass eine breite Mulde entstanden war. Die Blasendrainage wurde durch eine Fistel ausgeführt, welche schräg in der Art des Verfahrens von Witzel angelegt war. — (Verhandl. d. Schles. Ges. f. vaterl. Cultur. 23. Juni 1899.) N.

630 Fälle von Steinkrankheit. Von Dr. Assendelft.

Dem Berichte liegt das eigene, innerhalb einer 20jährigen chirurgischen Thätigkeit gesammelte, 630 Fälle umfassende Beobachtungsmateriale zu Grunde. Von den 630 Fällen wurden 600 operirt. Es befanden sich darunter 616 Männer und 14 Frauen. Dem Alter nach vertheilt sich das Material folgendermassen: 383 waren 10 Jahre alt; 162 Patienten 10—20 Jahre; 51 20—30; 12 30—40; 15 40—50; 4 50—60; über 60 Jahre alt waren drei Patienten. Von 600 Operationen entfallen 35 auf Sectio lateralis (mit 8 % Mortalität), 38 auf Sectio mediana (mit 5 % Mortalität), 460 auf Sectio alta (mit 3·6 % Mortalität), 28 auf Urethrotomia externa (mit 1 % Mortalität), 16 auf blutige Erweiterung der Harnröhre mit Extraction des Steines, 12 auf Steinzertrümmerung in einer Sitzung und einzelne Fälle auf Colpocystotomie etc. Von den 358 Fällen von Sectio alta waren 70·1 % fieberlos verlaufen, 16·2 % mit geringem Fieber und nur 9·9 % mit Complicationen; tödtlich waren 3·6 % der Fälle verlaufen. — (VII. Congress d. russ. Aerzte zu Kasan; Wratsch. Nr. 26, 1899.) N.

Hygiene und Krankenpflege.

Neuere Untersuchungen über die psychischen Wirkungen des Alkohols. Von Prof. Kraepelin.

Vf. bespricht einige wichtige Arbeiten, die in den letzten Jahren über die psychischen Wirkungen des Alkohols ausgeführt worden sind. Ach untersuchte die Wirkung des Alkohols auf die Auffassungsfähigkeit. Es stellte sich heraus, dass bei einer Gabe von 30 cm^3 Alkohol überall eine erhebliche Verschlechterung der Auffassung eintrat, die sich namentlich in Zunahme der Auslassungen, weniger der Fehler (die Versuche wurden mittels eines Verfahrens ausgeführt, bei dem durch einen schmalen Spalt fortlaufende Reihen von sinnlosen Silben, ein- und zweisilbigen Wörtern gelesen werden mussten, die auf einer Drehtrommel aufgedruckt waren) bemerkbar machte. Am stärksten war die Wirkung bei den sinnlosen Silben, bei denen die Auslassungen auf 1560 %, die Fehler auf 175 % anwuchsen. Diese Beobachtung, nämlich dass der Alkohol die Arbeit umso nachdrücklicher schädigt, je grössere Anforderungen diese letztere stellt, entspricht völlig der täglichen Erfahrung. Unter Hinweis darauf, dass die starke Beeinträchtigung der Auffassung sich bisher bei allen genauer untersuchten Schlafmitteln wiedergefunden hat, wie sie auch eine Begleiterscheiunng der natürlichen Ermüdung ist, glaubt Vf. in den obigen Versuchen eine Bestätigung der täglichen Erfahrung erblicken zu können, dass der Alkohol als ein Schlafmittel zu betrachten ist.

Die in den letzten Jahren sehr viel umstrittene Frage nach der Beeinflussung der körperlichen Arbeit durch Alkohol erörtert Vf. unter Zugrundelegung der Arbeiten von Frey, Destrée, Oseretzkowski und Glück. Aus diesen Arbeiten ergibt sich, dass dem Alkohol gerade diejenige Wirkung nicht zukommt, die ihm so häufig zugeschrieben und immer wieder als wichtigster Grund für seine Anwendung in weiten Volkskreisen hervorgehoben wird: schwere Arbeit wird durch den Alkohol nicht erleichtert. Die Ermüdung ist eine Schädigung, die den Menschen nach Ausweis der täglichen Erfahrung empfindlicher und widerstandsunfähiger macht. Es leuchtet daher ein, dass die Wirkung des Alkohols, der bei genügender Erholung verhältnissmässig gut vertragen wird, weit tiefer greift, sobald sich mit ihr diejenige der Ermüdungsgifte verbindet. Wer nach dem Alkoholgenuss ruhen kann, wird nach der flüchtigen Erregung bei einzelnen Bewe-

gungen keine wesentliche Einbusse seiner Kraft zu verzeichnen haben. Sobald jedoch Anspannung aller Kräfte verlangt wird, tritt rasch und unaufhaltsam die Erschlaffung in den Vordergrund. Gerade der Arbeiter, der seinen Lebensunterhalt durch die Kraftleistungen seiner Arme gewinnt, zerstört durch den Alkoholgenuss die Quelle seiner Leistungen am gründlichsten. Diese Folgerungen stimmen mit den Erfahrungen der Bergsteiger, der Seeleute, der Soldaten auf Märschen, der Sportleute und gewerbsmässigen Kraftmenschen überein. Ueberall tritt uns die Thatsache entgegen, dass die erschlaffende Wirkung des Alkohols umso stärker zur Geltung kommt, je grösser die Anforderungen sind, die an die Bewegungswerkzeuge gestellt werden.

Ferner ergab eine Reihe von Dürin ausgeführter Versuche, dass die Stärke der Alkoholwirkung bei den Menschen ungemein verschieden ist (eine Erfahrung, die sich vollkommen mit der des täglichen Lebens deckt) und dass die geringe Empfindlichkeit gegen das Gift nicht etwa ausschliesslich durch Gewöhnung erworben wird. Aus einer anderen Versuchsanordnung desselben Autors geht bezüglich der Nachwirkung einzelner Alkoholgaben mit Bestimmtheit hervor, dass nach einer abendlichen Alkoholgabe von circa 90 g, die $2^1/_2$—3 l Bier entspricht, der folgende Tag noch ganz oder doch zum grössten Theil unter der Nachwirkung des Giftes zu stehen pflegt. Dass sich dieser Einfluss unter Umständen auch noch auf den zweiten Tag erstrecken kann, ist zum Mindesten recht wahrscheinlich. Dieses mit demjenigen Fürer's im Einklang stehende Ergebniss lehrt eindringlich, wie sehr die Tragweite einer einmaligen Alkoholvergiftung unterschätzt zu werden pflegt, da die messbare Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit gar nicht oder nicht in vollem Umfange empfunden wird. Diese zunächst vielleicht überraschend wirkenden Untersuchungserfahrungen werden verständlicher, wenn man die Beobachtung Bettmann's berücksichtigt, dass sich die Nachwirkung einer durchwachten Nacht vier volle Tage hindurch verfolgen liess.

Zur Klärung der Anschauungen über die Wirkungen des Alkohols im täglichen Leben haben auch Smith und Kurz ein Bedeutendes beigetragen, die sich mit der Frage der Dauerwirkung des Alkohols in kleineren, lange fortgesetzten Gaben beschäftigten. Es ist gewiss zu erwarten, dass kleinere Gaben auch kleinere Wirkung haben und dass die persönliche Empfindlichkeit sehr grosse Unterschiede aufweisen wird. Endlich ist es

möglich, dass bei noch längerer Fortsetzung des Alkoholgebrauchs wieder eine gewisse Gewöhnung an das Gift eintreten kann. Immerhin aber wird man nicht bezweifeln können, dass zahllose Menschen ihre Arbeitsfähigkeit dauernd durch den gewohnheitsmässigen Genuss solcher Alkoholgaben schädigen, die im täglichen Leben noch für völlig harmlos gehalten werden, deren Nachwirkung man am nächsten Morgen bis auf die letzte Spur verflogen glaubt. Auch wenn schliesslich wieder eine gewisse Gewöhnung an den Alkohol eintreten sollte, wie man sie beim Morphium oder Cocaïn beobachtet, so muss es doch für recht unsicher gehalten werden, ob diese dauernde Veränderung wirklich als ein Vortheil für die geistige und körperliche Gesammtpersönlichkeit betrachtet werden darf.

Zum Schlusse geht noch Vf. auf die bekannte verderbliche Wirkung ein, die der Alkohol in den sogenannten epileptischen Verstimmungen zu entfalten pflegt. Gross fand, dass sich bei diesen epileptischen Verstimmungen zu gewissen Zeiten Erleichterung der Auslösung von Bewegungen, sowie Erschwerung der Auffassung und des Gedankenganges findet. Auf der Grundlage dieser Gross'schen Beobachtung wird die Thatsache erklärlich, dass der Alkohol in solchen epileptischen Verstimmungen sehr leicht Dämmerzustände mit sehr grosser Reizbarkeit und sinnloser Erregung herbeiführt, die doch ebenfalls die Auffassung und das Denken erschweren und die Auslösung von Bewegungsantrieben erleichtern.

Die unbefangene Prüfung des Einflusses des Alkohols auf das Seelenleben und die Arbeitsfähigkeit führt zu dem Schlusse, dass der Alkohol kein harmloses Genussmittel ist. — (Münchn. med. Wochenschr.; Deutsche Med.-Ztg.)

Das Plasmon, Siebold's Milcheiweiss. Von Dr. Stadelmann.

Das Plasmon ist ein milchweisses Pulver, welches anfangs etwas grobkörnig war, jetzt aber fein gemahlen in den Handel kommt und in Wasser leicht löslich ist. Die Herstellung ist folgende: Die aus der Magermilch gewonnenen Eiweisskörper werden mit einer geringen Menge von Natriumbicarbonat vermischt und in einer Knetmaschine bei einer Temperatur bis 70° C., eventuell unter Zuleitung von Kohlensäure, verarbeitet. Die Knetmaschine liefert eine trockene, fast feinpulverige Masse, welche, auf flache Hürden ausgebreitet, rasch und ohne die geringste Veränderung im Geschmack und im Aeusseren vollkommen

trocknet. Das Plasmon ist geschmacklos, die ihm anhaftenden Spuren von Milchbestandtheilen lassen nur einen schwachen Geruch und Geschmack nach süsser Milch wahrnehmen. Dieser Geschmack kommt übrigens in Suppen, Gemüse, Gebäck, Thee, Kaffee u. s. w., in welche Plasmon hineingethan wird, nicht zum Ausdruck. Das Plasmon quillt bereits im kalten Wasser auf und verwandelt sich in eine durchsichtige, helle Masse. Das Quellungsvermögen ist derartig günstig, dass das lufttrockene Plasmon die sieben- bis achtfache Menge Wasser aufnimmt und bei 85% Wasserzusatz völlig dickglasig verquillt. In lauwarmem Wasser quillt Plasmon sehr schnell, wird weich und klebrig, ähnlich dem rohen Hühnereiweiss. In heissem Wasser löst es sich vollkommen und weist, wie jede Eiweisslösung, nur eine leichte, durchsichtige Trübung auf. Diese Eigenschaften gestatten, das Plasmon leicht mit den verschiedenartigsten Speisen zu mischen.

Das Plasmon ist bei einer grösseren Zahl von Menschen angewandt worden; die Ernährungsversuche haben die vollkommen leichte Verdaulichkeit des Präparates ergeben. Das Plasmon wurde schwerkranken Personen gegeben, solchen, welche an Carcinom, Herzkrankheiten, Magengeschwüren und Magenblutungen litten, und wurde von diesen auch in grossen Dosen vertragen. Ueberdruss erzeugte dasselbe nicht bei der reichen Abwechslung der Form, in welcher Plasmon gegeben werden konnte. Die mit Plasmon vorgenommenen Stoffwechselversuche ergaben günstige Resultate.

Die Kranken nehmen das Mittel ohne Widerstreben; Klagen wurden nicht geäussert. Irgendwelche Nachtheile, selbst bei Kranken mit leicht reizbaren Verdauungsorganen (Reconvalescenten nach Typh. abdominalis, Ulcus ventriculi, Darmkatarrh, Phthisis pulmon. mit hohem Fieber), wurden nicht beobachtet.

Ein gehäufter Esslöffel voll Siebold's Milcheiweiss = 20 g kostet 12 Pf. und ist gleich dem Eiweissgehalt von 5 Hühnereiern. Ein gehäufter Kaffeelöffel = 10 g kostet 6 Pf. und entspricht dem Eiweiss von 2½ Hühnereiern. Das Siebold'sche Milcheiweiss kann in Gries-, Mehl-, Reis-, Gerste-, Graupen-, Sago-, Nudeln-, Grünkern-, Kartoffel-, Gemüsesuppen verwandt werden; ebenso in Milch-, Bier-, Wein- und Chocoladensuppen. Es kann in sämmtliche Gemüse hineingenommen werden; es kann zu Klössen und Mehlspeisen verwandt werden, zu Aufläufen, Omeletten, Pfannkuchen, Nudeln, Strudeln etc. Es können mit

Siebold's Milcheiweiss Kuchen aller Art, wie Obstkuchen, Kaffee-, Hefenkuchen, Cakes, Semmeln, Milchbrötchen, Schwarz- oder Graubrot angefertigt werden, da infolge der weiteren technischen Fortschritte die Backfähigkeit des Mehles nunmehr auch nicht beeinträchtigt wird, wenn pro Kilo mehr als 150 g Plasmon zugesetzt werden. Das Milcheiweiss kann wie Hühnereiweiss zu Schnee geschlagen werden; mit Sahne kann demnach aus ihm eine Schlagsahne hergestellt werden, die zu Thee, Kaffee oder Chocolade hinzugegeben werden kann. — (Deutsche Aerzte-Ztg. Nr. 13, 1899.)

Ueber Soson, ein aus Fleisch hergestelltes Eiweisspräparat. Von Dr. Neumann. (Hygienisches Institut der Univ. Würzburg.)

Soson stellt ein grauweissliches, äusserst fein pulverisirtes, wenig voluminöses, in Wasser unlösliches Präparat dar, welches von der Eiweiss- und Fleischextract-Compagnie Altona-Hamburg aus bestem Fleisch hergestellt und in den Handel gebracht wird. In trockenem Zustande ist es absolut geruchlos, ebenso ist ein specifischer Geschmack bei Aufnahme von kleinen Mengen nicht zu bemerken. Mit consistenteren Vehikeln, wie Suppen, Chocolade u. s. w. lässt es sich leicht vermischen. Die chemische Analyse ergab in dem Präparat einen Eiweissgehalt von 91·50%, eine Menge, wie sie in keinem bekannten künstlichen Eiweisspräparat bisher angetroffen wurde. Die Brauchbarkeit des Präparates als Fleischersatzmittel hat Vf. an sich selbst geprüft. Aus den in dieser Richtung angestellten Stoffwechselversuchen geht hervor, dass das Sosoneiweiss an Assimilirbarkeit dem Fleischeiweiss gleichkommt, dass also das Fleischeiweiss durch Soson ersetzt werden kann. Zwar ist die Ausnutzbarkeit des Sosons nicht eine so vollkommene, wie die des Fleisches; jedoch beträgt die Differenz kaum 7%, und ausserdem ist es leicht, dieselbe dadurch auszugleichen, dass man von Soson etwas mehr einführt, als man nach der Berechnung des Stickstoffgehaltes nöthig haben würde, was bei dem hohen Eiweissgehalt des Sosons auf keine Schwierigkeiten stösst.

Das Wohlbefinden war während des ganzen Versuches nicht gestört. Der Organismus blieb auf seinem Gewicht erhalten. Der Stuhl war regelmässig und normal dickbreiig. Selbst bei Gaben von 50—60 g pro dosi konnte Vf. ausser einem ganz kurze Zeit sich äussernden Aufstossen keine unangenehmen Erscheinungen beobachten.

Vf. gelangt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: 1. Das Soson ist im Stande, das Eiweiss des Fleisches und anderer Nahrungsmittel zu ersetzen. 2. Das Soson ist geschmacklos und kann auf die Dauer ohne Widerwillen genommen werden. 3. Das Soson stört in keiner Weise das Allgemeinbefinden. 4. Das Soson ist im Verhältniss zu seinem Eiweissgehalt billiger als Fleisch. Das Kilo kostet 5 Mark. — (Münchn. med. Wochenschr. Nr. 40, 1899.)

Kleine Mittheilungen.

Beitrag zur Frage des therapeutischen Werthes des Ferratins. Von Dr. Gorschkoff. Besonders gute Dienste leistete das Ferratin bei den verschiedenen Zuständen von Inanition und Anämie. Ebenfalls günstig wirkte das Mittel in Fällen von Chlorose, Hysterie und Neurasthenie. Alle diese Krankheitszustände verschwinden unter der Ferratinbehandlung entweder vollkommen oder zum grössten Theil. Irgend welche unangenehme Nebenwirkungen haften dem Ferratin nicht an. Auf die Function des Magendarmcanals wirkte das Ferratin nicht nur nicht ungünstig, sondern sogar günstig, u. zw. in dem Sinne, dass bei Kranken, welche an habitueller Verstopfung litten, der Stuhlgang beim Ferratingebrauch regulär wurde. Die durch das Ferratin herbeigeführte Besserung hält auch nach dem Aussetzen des Mittels eine lange Zeit an. Die einzunehmende Dosis beträgt 0·3—0·6, zweimal täglich, die vor den Mahlzeiten, eventuell in Oblaten, genommen werden. Die Behandlungsdauer ist auf 30—40 Tage zu berechnen, worauf allerdings nur eine siebentägige Pause gemacht wird; bei Frauen ist die Ferratinbehandlung während der Menstruation auszusetzen. Die erste mehr oder minder wahrnehmbare Wirkung des Ferratins stellt sich erst nach einer Behandlungsdauer von 3—4 Wochen ein. Dauernder Erfolg ist nur nach einer Gesammtbehandlungsdauer von circa drei Monaten zu erwarten. — (Woj. Med. Journ.; Deutsche Med.-Ztg.)

Darminfusion bei Diarrhöe. Lieberson empfiehlt im Journ. de Médicine de Paris nach vorausgegangener Darmentleerung durch Ricinus am folgenden Tage die Application eines Einlaufes einer Mischung von 400 g 4%iger Borsäurelösung, 3 g Acid. tannic. und 15 Tropfen Tinct. opii, welche durch Zusatz von heissem Wasser auf eine Temperatur von 36° C. gebracht wird. — (New-York. med. Monatsschr.)

Epistaxis lässt sich nach Cornick am besten dadurch stillen, dass ein wohlgereinigter Schwamm in Form und Grösse eines Knabenfingers in heissem Wasser gut ausgedrückt und ohne Anwendung von Gewalt in der ganzen Länge in die betreffende Nasenhöhle eingeführt und nach 12, höchstens 24 Stunden entfernt wird. — (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Massage mit Mercurius vivus verwendete mit sehr gutem Erfolg Prof. v. Rindfleisch (Münchn. med. Wochenschr.) bei gichtischer Schwellung eines Handgelenkes. Da die gewöhnliche Massage schlecht ertragen wurde und das Leiden erst recht rebellisch machte, verfiel er auf folgenden Plan: Er tauchte die kranke Hand 20 bis 30 Mal hintereinander langsam in ein hinreichend (15 cm) weites, zu zwei Drittheilen mit Quecksilber gefülltes Glas. Das flüssige Metall schmiegt sich aufs Innigste und mit bedeutendem, bei tieferem Eintauchen immer stärker werdendem Drucke dem kranken Gliede an. Schon nach der zweiten Sitzung war eine beträchtliche Verkleinerung der Geschwulst zu constatiren und nach vier Tagen zeigte das Gelenk im Wesentlichen die normale Form. — (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Dr. Yonge hat das **Trional** in einer Anzahl von Fällen angewandt, besonders in denjenigen typischen Fällen von Unruhe und Schlaflosigkeit, die so häufig bei Lungenschwindsucht angetroffen werden. In Fällen von einfacher Agrypnie war die Wirkung des Mittels eine vorzügliche: sie äusserte sich in tiefem, ruhigem, ununterbrochenem, gewöhnlich auch traumlosem Schlaf der 15 Minuten bis 1¹/₂ Stunden nach Einnahme des Mittels (in warmer Flüssigkeit) einzutreten pflegte. Bei der erstmaligen Anwendung des Mittels empfiehlt es sich, die Dosis nicht unter 1·25—1·5 zu bemessen; aber schon am nächsten Abend kann die Dosis um 25% herabgesetzt werden, ohne dass die Wirkung des Trionals dadurch beeinträchtigt wird. In Ausnahmefällen kann es nöthig werden, die Dosis an demselben Abend zu wiederholen, In Fällen, in denen die Schlaflosigkeit durch physischen Schmerz bedingt war, erzielte Vf. sehr gute Erfolge durch combinirte Anwendung von kleinen Heroindosen mit Trional. Irgend welche nennenswerthe unangenehme Nebenerscheinungen hat Vf. bei der Anwendung des Trionals nicht beobachtet. — (Scalpel Deutsche Med.-Ztg.)

Ueber die Wirksamkeit von übermangansaurem Kali bei Vergiftungen hat Paratore eine Serie von Versuchen angestellt. Von Stokwis und Bokai wurde das Mittel als Antidot bei Phosphorvergiftung angewandt. Antal hat es bei Oxalsäurevergiftung empfohlen; ebenso wurde übermangansaures Kali bei Vergiftungen mit Opium, Salpetersäure, Muscarin, Colchicin, Strychnin, Schlangen- und Spinnengift innerlich gegeben. Nach Moor ist jedoch das übermangansaure Kali ohne Wirkung auf eine grosse Zahl von Alkaloiden, wie Atropin, Cocaïn, Hyoscyamin, Pilocarpin, Veratrin u. s. w. Nach den Versuchen von Paratore verhalten sich Curare und Nicotin dem übermangansauren Kali gegenüber nicht indifferent. Injicirt man Hunden und Fröschen gleichzeitig Curare und übermangansaures Kali, so bleibt jede Vergiftungserscheinung aus. Dasselbe ist für Nicotin der Fall. Bei Vergiftungen mit Brechnuss und ihren Alkaloiden verwendet man gewöhnlich Tannin und Jod als Antidot; die klinischen Resultate, die bei der Anwendung dieser Mittel gewonnen wurden, sind aber widersprechend. Infolge seiner energisch oxydirenden Kraft zerstört das übermangansaure Kali das Strychninmolecül, welches somit unwirksam wird. Wenn die Krämpfe noch nicht ausgebrochen sind, so gibt man dem Kranken eine Lösung von 0·5 Kali hypermanganicum auf ein Liter Wasser zu trinken. Diese Dose mag ausreichend sein, jedoch ist es gut, eine Magenausspülung mit einer Lösung von Kali hypermangan. 1·0 : 5000 vorzunehmen. Sind die Krämpfe bereits ausgebrochen, so wird man zunächst Mittel zur Unterdrückung derselben anwenden (Chloroform, Chloral etc.); sobald der Kranke sich beruhigt hat, macht man eine gründliche Magenspülung mit Kali hypermanganicum 1·5:5000. — (Nouv. rem.; Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte.)

Grosse Heroindosen ohne Intoxicationserscheinungen. Von Dr. Wilhelm Klink. Dass das Heroin selbst in ziemlich grossen Dosen ohne jeden Schaden genommen werden kann, beweisen zwei vom Vf. beobachtete Fälle. In dem einen handelte es sich um ein 19jähriges, gut genährtes Mädchen mit einer Infiltration der linken Lungenspitze, wahrscheinlich tuberculöser Natur; Tuberkelbacillen waren nie nachzuweisen. Sie erhielt fünf Tage lang hintereinander Heroin, dreimal täglich 0·05, ohne die geringste nachtheilige Wirkung. Vorher hatte sie nur wenige Tage Codeïn, sonst noch kein Narcoticum erhalten. — In dem anderen Falle handelte es sich um eine Frau von 58 Jahren, bei der die

Diagnose Bronchitis chronica mit Bronchiektasien und Lungenemphysem lautete. Die Autopsie bestätigte die Diagnose. Die Kranke erhielt 1½ Monate lang Heroin dreimal täglich 0·005 ununterbrochen, dazwischen fünf Tage hintereinander dreimal 0·05, ohne dass eine Verbesserung oder Verschlechterung des Zustandes der nur 37·5 kg wiegenden, sehr hinfälligen, beständig an grosser Dyspnoë und Hustenreiz leidenden Kranken eingetreten wäre. Auch auf Zahl und Beschaffenheit des Pulses, der Respiration, sowie die Temperatur, die beständig im Auge behalten wurden, fand keine Einwirkung statt. Auch war die Kranke noch nicht sehr an Narcotica gewöhnt. Der Tod erfolgte über einen Monat nach Aussetzung des Mittels an allgemeiner Erschöpfung und Aspirationspneumonie. — (Deutsche Med.-Ztg.; Münch. med. Wochenschr., 1899.)

Toril ist nach Dr. H. Bremer (Chem.-Ztg.) mit einem Gehalt von nur 6·2—6·6% Stickstoff ein stark wasserhaltiger Fleischextract, dem neben Gewürzen über 10% Kochsalz und circa 15% lösliche Eiweisssubstanz zugesetzt wurde. Es enthält wenig über die Hälfte an Extractivstoffen und natürlichen Salzen des Fleisches, als ihn die nach den Vereinbarungen des Deutschen Reiches unverfälschten gewöhnlichen Fleischextracte mit 9·5 bis 10% Stickstoff besitzen; sein Gehalt an Eiweisssubstanzen ist infolge seines hohen Wassergehaltes, des hohen Kochsalzzusatzes kaum so gross, wie er von Stutzer, Kemmerich u. A. in den gewöhnlichen, unverfälschten Fleischextracten bestimmt worden ist. Die Angaben der „Toril“-Gesellschaft, dass ihr Extract „die Eiweissstoffe des Fleisches“, oder „alle nährenden Bestandtheile des Fleisches“ enthält, müssen als den thatsächlichen Verhältnissen in der Zusammensetzung des „Toril“ in das Gesicht schlagend bezeichnet werden; denn in der Trockensubstanz des „Toril“ ist die sechsfache Menge Mineralstoffe (hauptsächlich zugesetztes Kochsalz), dagegen nur der vierte Theil der Eiweissmenge der Trockensubstanz des Fleisches enthalten. Da die nährenden Bestandtheile des „Toril“ in den Vordergrund gestellt werden, führt B. an, dass mit einem Theelöffel voll dieses Extractes (nach Gebrauchsanweisung) = 5 g, dem Organismus, welcher nach v. Voit 118 g Eiweiss im Mittel pro Tag braucht, ganze 0·75 g des zugesetzten Eiweiss = 4 g Fleisch, zugeführt werden. (Nach den neueren Gebrauchsanweisungen soll sogar nur ½ Theelöffel voll „Toril“ auf eine Tasse genommen werden,

so dass also dem Organismus damit 0·38 g der zugesetzten Eiweisssubstanz, also circa $^1/_{300}$ seines täglichen Bedarfes gegeben werden, das sind die Eiweissstoffe von 2 g Fleisch!) — (Deutsche Med.-Ztg.)

Aspirin hat Dr. Ladislaus Kétly an der Klinik Kétly in Budapest in 12 Fällen von acuter Polyarthritis und in sechs Fällen von rheumatischen Schmerzen angewendet. In vier Fällen der ersteren Art kam das Präparat gleich beim Beginn der Krankheit in Anwendung (1—2 g pro dosi und 4—5, später 2—3 g pro die); es hatte schmerzstillende, antipyretische, antiphlogistische und specifische Wirkung, die spätestens nach einer halben Stunde in Form von starkem Schwitzen eintrat. Bei den anderen acht Polyarthritisfällen war Natr. salicyl. gegeben worden. Da dieses unangenehme Nebenwirkungen hatte, wurde es durch Aspirin in obengenannten Dosen ersetzt. Auch hier war die Wirkung sehr gut und die unerwünschten Wirkungen des Natr. salicyl. waren verschwunden, wie überhaupt — in einzelnen Fällen sogar bei wochenlanger Anwendung — nach Aspirin Unannehmlichkeiten nicht zur Beobachtung kamen. Am energischesten und anhaltendsten wirkte das Aspirin, wenn die Einzeldosen nicht in grossen Zwischenräumen, sondern möglichst concentrirt gegeben wurden, u. zw. in den Abendstunden in stündlichen Intervallen. Bei dieser Anwendungsweise war eine locale Behandlung der Gelenke behufs Linderung der Schmerzhaftigkeit kaum nöthig. Gleich günstige Erfolge wurden in den Fällen von rheumatischen Schmerzen beobachtet; nach 1—2 g Aspirin waren die Schmerzen gewöhnlich nach $^1/_2$—1 Stunde gestillt. Unangenehme Wirkungen stellten sich auch hier nicht ein. In sämmtlichen Fällen wurde das Präparat als Pulver in Oblate gegeben; unangenehmer Geschmack wurde nicht angegeben. — (Deutsche Med.-Ztg.)

Forcirte Erweiterung des Brustkorbes als Mittel zur Stillung von Nasenbluten. Von A. Fedorowitsch. Vf. hat folgenden Modus am wirksamsten gefunden: der Patient setzt sich vollkommen gerade auf einen Stuhl, legt beide Arme auf den Kopf und führt dabei ruhige, möglichst tiefe Athembewegungen bei offenem Munde aus. Dadurch werden die Venen des Kopfes und der Nase möglichst blutleer gemacht und das Nasenbluten steht. Auf diese Weise erzielte er Erfolg in 14 Fällen, darunter waren 13 Kinder. — (Boln. gas. Botk., Pet. med. Wochenschr.)

Neuere Arzneimittel und Receptformeln.

Honthin, ein neues Darmadstringens. Von Dr. Aba v. Sztankay.

Vf. hat eine hochprocentige tanninhältige Verbindung, von ihm Honthin genannt, dargestellt, deren Löslichkeit im Magensafte gegenüber dem Knoll'schen Tannalbin um 100% niedriger ist, d. h., die Quantität des den Darmcanal erreichenden, die therapeutische Wirkung ausübenden Präparates ist doppelt so gross, wie bei dem Knoll'schen Tannalbin. Die Verabreichung kann suspendirt in Salepdecoct oder anderer Flüssigkeit, in Pulver- oder Tablettenform geschehen. Die Dosis für Erwachsene ist 0·5—1·5 g 3—4mal täglich; für Kinder 0·2 bis 0·5 g gleichfalls 3—4mal täglich. Der Preis ist fast um ein Drittel niedriger als der des Tannalbins. — (Ph. P.)

Sulfosot, ein Mittel gegen Lungentuberculose, ist nach Gehe und Comp. ein Syrup, der 5% guajacolsulfosaures Kalium und 5% kresolsulfosaures Kalium enthält. Die Dosis ist ein Theelöffel voll mehrmals täglich. — (Pharm. Centralh.; Ph. P.)

Vanadinsäure und vanadinsaures Natrium. Nach französischen Autoren werden insbesonders die Metavanadinsäure und deren Natriumsalz gegen Tuberculose mit günstigem Erfolge angewendet. Desgleichen sollen sie mit guten Resultaten bei subacutem und chronischem Rheumatismus angewendet werden, wobei sie, analog wie die arsenige Säure, allgemein kräftigend und appetitanregend wirken. Die Dosis, in welcher sie gegeben werden, ist bei Vanadinsäure innerlich 0·00045 g täglich; das Natriumsalz wird zu 0·001—0·002 g Morgens und Abends eine halbe Stunde vor dem Essen gegeben. Die französische Specialität „Vanadine“ ist nicht damit zu verwechseln, da deren Zusammensetzung unbekannt ist. — (Ph. P.)

Bei Atonia ventriculi:

1. Rp. Quassini 0·40
   Extr. rhei, Extr. gentian. āā 0·60
   Glycerini q. sat.
   ut. f. pilul. Nr. XX.
   D. S. 1—3 Pillen täglich.

2. Rp. Quassini 0·4
   Extr. gentian. 1·0
   Natr. bicarbon. 5·0
   M. f. p. Divide in dos. aeq. Nr. XX.
   D. S. 1—4 Pulver täglich.

Bei Stomatitis:

1. Rp. Mentholi 1·0
   Tinct. ratanh., Spir. vin. conc. āā 50·0
   D. S. Ein halber Kaffeelöffel auf ein Glas Wasser zur Mundausspülung.

2. Rp. Tinct. gallar., Tinct. ratanh. āā 12·0
   Resorcini 3·0
   Mentholi 0·25
   D. S. Zweimal täglich zur Pinselung.

Bei Dyspepsie empfiehlt Dujardin-Beaumetz das Elixir von Mynsicht:

Rp. Rad. acor. calam.
Rad. galang. } āā 4·0
Hb. absinth.
Hb. menth. crisp.
Fol. salviae } āā 2·0
Flor. chamomill.
Rad. canell.
Fruct. cubeb.
Caryophyll.
Nuc. mosch. } āā 1·5
Aloës
Fruct. Citr. } āā 0·5
Sacchari 16·0
Spir. vin. dil. 95·0
Acid. sulf. conc. 16·0
D. S. 2—40 Tropfen in Wasser.

Bei harnsaurer Diathese:

1. Rp. Natr. arsenic. 0·06
Lith. carbon.
Extr. gentian. } āā 3·0
M. f. pilul. Nr. XXX.
D. S. 2—4 Pillen täglich.

2. Rp. Acid. benzoic. 0·1
Lith. carbon. 0·2
Natr. bicarbon. 0·5
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. X.
D. S. Früh und Abends ein Pulver.

3. Rp. Natr. benzoic. 0·5
Lith. benzoic. 0·1
Saloli 0·5
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. X.
D. S. 2—4 Pulver täglich.

Bei Ohrensausen:

Rp. Trinitrini (sol. spirit. 1%) 30 gtt.
Aq. dest. 300·0
D. S. 1 bis 3 Esslöffel täglich während 20 Tagen in jedem Monate zu nehmen.

Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 20. October 1899.

Docent **E. Schiff**: Man begegnet in der medicinischen Literatur zwei diametral entgegengesetzten Urtheilen über die therapeutische Verwerthung der X-Strahlen das eine geht dahin, dass dieselben absolut keine bemerkenswerthen physiologischen Effecte zu erzielen im Stande wären, dass jede darauf beruhende Beobachtung pure Imagination sei. Prof. v. Bergmann gab in der Münchener Naturforscherversammlung diese seine Ansicht in der ersten allgemeinen Sitzung kund. Anderseits werden Stimmen laut, welche in den X-Strahlen nur einen ausserordentlich schädlichen Factor erblicken, welcher den Organismus gefährdet und daher trotz der zufälligen gelegentlichen therapeutischen Erfolge vollständig zu eliminiren wäre. Beiden Ansichten haftet der Fehler nicht genügender Erfahrung an. Das Richtige liegt hier, wie so oft, in der Mitte. Wie Freund und ich schon so oft betont haben, sind die X-Strahlen, oder vielmehr die am Röntgen-Apparate entstehenden elektrischen Wellen ein Mittel, mit dem man wirklich überraschend gute und schnelle Heilresultate bei verschiedenen Hautaffectionen erzielen kann, vorausgesetzt, dass man sie richtig anwendet, richtig

dosirt. Ist Letzteres nicht der Fall, so sieht man allerdings Dermatitiden ganz eigenthümlicher Natur auftreten, welche auffallend lange zur Abheilung brauchen. Es liegt zwar auf der Hand, dass hie und da auch bei richtigster Anwendung unangenehme Zufälle beobachtet werden dürften, und zwar bei einer etwa vorhandenen Idiosynkrasie, wenn man so sagen darf. Doch wird dieser Fall gewiss nicht oft eintreten — wir haben ihn unter den 80 Patienten, die wir behandelten, kein einziges Mal gesehen. Es ist also bei der Radiotherapie genau der gleiche Fall, wie bei jedem anderen Mittel, das wir in der Medicin zu Heilzwecken verwenden: Unrichtig angewendet, schadet Alles, selbst das Harmloseste, richtig angewendet, kann sich das heftigste Gift in ein ausgezeichnetes Heilmittel verwandeln.

Als Illustration dessen stellen wir Ihnen heute einige Fälle mit Sykosis und Favus vor, die Sie bereits im verflossenen Frühjahre gesehen haben. Wir legen Gewicht darauf, Ihnen gerade dieselben Patienten zu zeigen, denn bei den Kranken, die seither in unsere Behandlung kamen, machten wir ganz analoge Erfahrungen, wie bei den Vorgestellten, und bei Letzteren können Sie nicht nur die Heilwirkung des Mittels, sondern auch den Dauererfolg controliren. Die Patienten, die sämmtlich nach einer mehrmonatlichen, sogar bis neunjährigen Krankheitsdauer in die radiotherapeutische Behandlung gelangten, sind, wie Sie sehen, vollkommen gesund, zeigen normalen Bart- und Haarwuchs, und das Alles nach höchstens sechswöchentlicher Behandlung. Das war aber schon im Mai dieses Jahres der Fall — es sind also schon seither fünf Monate verflossen — und Sie sehen, dass wir keine Recidive zu verzeichnen haben. Nur in einem von diesen Fällen zeigten sich nach zwei Monaten folliculäre Entzündungen an der Oberlippe, die aber schon nach drei Bestrahlungen vollkommen schwanden. Für ganz besonders wichtig ist die schnelle und vollkommene Heilung des Favus zu bezeichnen, bei welchem, trotzdem die Haare durch die Behandlung vollkommen zum Ausfall gebracht worden waren, dieselben ganz nachgewachsen sind, während von Favusherden keine Spur mehr nachzuweisen ist. Wir verweisen mit vollem Nachdrucke auf dieses ausserordentlich günstige Resultat, welches für Gegenden, wo der Favus und ähnliche Erkrankungen der Kopfhaut, wie in Frankreich (Teigne), England (Ringworm), Galizien und Russland epidemisch sind, besondere Wichtigkeit haben dürfte.

Sitzung vom 27. October 1899.

Hofrath **Kaposi:** Demonstration eines Falles von Röntgenisirungs-Ulceration mit folgenden Bemerkungen:

In der letzten Freitagsitzung hat Docent Dr. Schiff abermals einige durch Röntgenisirung geheilte Krankheitsfälle vorgestellt (2 Sykosis, 1 Favus) und uns Gelegenheit gegeben, neuerdings uns davon zu überzeugen, dass gewisse Krankheitsprocesse, bei denen namentlich die systematische Enthaarung ein wesentliches Moment für die Heilung bildet, durch methodische Röntgenbehandlung relativ rasch, aber auch so complet zur Heilung gebracht werden, wie wir dies mit den bisher uns zu Gebote stehenden Mitteln und Methoden nicht zu erreichen vermögen. Ja es scheint, dass, wie schon bezügliche Experimente gelehrt haben, auch die Pilze des Favus selbst in den zurückgebliebenen Resten der Wurzelscheiden des Haares unter der Röntgenisirung vernichtet worden sind, da bei den bisherigen Verfahrungsweisen binnen drei Wochen ein Emporwuchern der Favuspilze an die Hautoberfläche zu constatiren ist, in den durch Röntgeni-

sirung geheilten Favusfällen jedoch nach mehreren Monaten noch keine Scutula erschienen, die Fälle also als complet und dauernd geheilt zu betrachten sind. Aehnlich befriedigend waren bisher die Resultate in anderen Fällen, die wir seitens der behandelnden Aerzte Freund und Schiff gesehen und bei einigen anderen Krankheitsformen, Hirsuties, Lupus, so dass es nur angemessen ist, diese erfreulichen Thatsachen hier neuerdings öffentlich zu constatiren, namentlich mit Rücksicht darauf, dass erst vor Kurzem von angesehener Seite und an öffentlicher Stelle der Röntgenbehandlung jedweder Werth abgesprochen wurde. Ich meine im Gegentheile, dass nach dem, was wir hier in den letzten zwei Jahren gesehen, die Collegen, die methodisch und mit wissenschaftlichem Ernst rücksichtlich der physikalischen Eigenheiten des Röntgenismus die Methode üben, in ihrem Streben nur noch zu ermuntern wären. Dies hier ausgesprochen zu haben, halte ich aus sachlichen und persönlichen Rücksichten für meine Pflicht.

Ich bin aber nicht in der Absicht, dies zu thun, heute vor Sie hingetreten, sondern, um einmal die Kehrseite der Medaille Ihnen zu zeigen. die schädlichen Folgen, welche zuweilen durch die Röntgenbehandlung veranlasst werden. Sie sind recht bedenklicher Art für die Betroffenen, aber auch in mancher Beziehung für die Aerzte, da sie ja eventuell von den durch ihre Behandlung so sehr geschädigten Patienten belangt werden können. Ist es ja geschehen, dass infolge eines solchen Falles in Chicago der Arzt, durch dessen Röntgenisirungsverfahren gegen eine Kniegeschwulst Entzündung und Gangrän eingetreten und dreimal Amputation gemacht worden war, zu einer sehr hohen Entschädigungssumme verurtheilt worden ist. Die praktischen Aerzte müssen sich also mit diesen Dingen vertraut machen.

Die Schädigungen, welche nach mehrmaliger Wiederholung der Röntgenisirung, wie ja jede Behandlung dies erheischt, auftreten können und auftreten, sind nach unserer Erfahrung, gleichwie nach den an vielen anderen Orten gemachten, Röthung, Entzündung und Gangrän in verschiedenen Formen und Tiefen der Haut.

Man wird sofort dagegen einwenden: Ja, alle wirksamen Mittel, die äusserlichen, wie die innerlichen, sind Schädlichkeiten, und wären sie es nicht, dann wären sie ja indifferente Mittel, also unwirksam. Und die wirksamen Mittel werden ja nur dadurch Heilmittel, dass und inwieweit wir deren schädliche Wirkungen ausnützen und auszunützen verstehen. So kommt es ja, dass ein schädliches Mittel, Schmierseife, Naphthol, Pyrogallus, in der Hand des Einen ein wohlthuendes Heilmittel wird, in der des Andern ein tödtendes Gift. Und man könnte dies im Detail sehr belehrend ausführen. Allein die Analogie ist doch nicht vollständig. Bezüglich der gemeiniglich in Verwendung stehenden wirksamen Mittel — hauptsächlich der äusserlich zu applicirenden — sind wir gewissermassen Herr. Wir kennen und beherrschen ihre physikalischen und chemischen Eigenschaften, die Art und Intensität ihrer Wirkung, und vermögen dadurch ein Ausreichendes und Intendirtes mit ihnen zu effectuiren, ein Mehr und Zuviel ihrer Schadenwirkung zu verhüten.

Ganz anders bei dem Röntgenisiren. Wir kennen ja diese Potenz gar nicht, ja wir wissen nicht einmal, womit wir arbeiten. Glaubten wir doch Alle, dass es die Röntgenstrahlen sind, mit denen wir (von der Durchleuchtung und Verwerthung zur Radiographie natürlich ist hier nicht die Rede) diesen oder jenen Schädigungseffect — gleichgiltig, ob als Heilung oder Schädigung geschätzt —

effectuiren. Und nun entnehme ich einer Publication von Freund, dass neuestens mit fast apodiktischer Sicherheit gelehrt wird, nicht die Röntgenstrahlen, sondern die elektrischen Wellen, welche um den Entladungsfunken entstehen, sind es, welche jene Wirkungen auf die Gewebe ausüben, das sind die elektrischen Wellen, welche zum Telegraphiren ohne Draht verwendet werden.

Ferner entspricht der Ausdehnung nach die Wirkung der bisher bekannten therapeutischen Noxen doch ziemlich genau der intendirten. Die Wirkung der Röntgenisirung überschreitet aber ausserordentlich die direct exponirte Region, ja selbst das intendirte Object, indem ja sehr viele von den mit Röntgen Hantirenden — Aerzte und Laien — entsprechende Schädigungen davontragen. Weiters lehrt schon die bisherige so kurze Erfahrung, dass im Gegensatze zu den bekannten wirksamen Mitteln und Verfahren bei der Röntgenisirung die Schädigungserscheinungen oft erst nach Tagen oder gar Wochen nach der letzten Röntgenisirung sich in merkbarer Weise entwickeln, somit der Arzt nicht in der Lage sein kann, schon zu jener Zeit der Schädigung durch Nichtactivirung des Verfahrens vorzubeugen. Und endlich sind die durch die Röntgenisirung veranlassten Erytheme, Entzündungen, Ulcerationen und Gangrän von so trägem Verlaufe, wie dies nach anderen solche bewirkenden Schädlichkeiten, Aetzung, Verbrennung, Erfrierung u. s. w. gar nicht bekannt ist, was wieder eine ganz eigenthümliche Art von durch Röntgen veranlasster Nutritionsstörung voraussetzt. Diese Beobachtungen zu machen hatten wir ja hier Gelegenheit, als zum ersten Male Dr. Freund einen Fall, den eines Kindes mit ausgedehntem Naevus pilosus, durch Röntgenisirung von seinem Haarpelz befreit vorstellte. Allerdings waren auch an nicht intendirter Region, am Hinterhaupt, die Haare ausgefallen. Damals exponirte ich hier in der Gesellschaft meine Ansicht über den möglichen inneren Vorgang. Darnach brachte ich die Analogie vor mit der Einwirkung der Insolation auf die Papillargefässe, während die Röntgenstrahlen, als durch die Haut passirend, die Gefässe der Haarpapillen zuerst treffen und an ihnen fluxionäre, dann paretische Hyperämie und deren Consequenz für die Ernährung und Neubildung erzeugen. Daraufhin stützte ich auch die Vorhersage, dass mit der Rückkehr der Haarpapillengefässe zu normaler Füllung die Haare wieder wachsen müssen. Und ich hatte richtig gedacht, die Haare sind wieder erschienen. Allein ich hatte doch die Sache zu gutartig aufgefasst, denn nach einigen Wochen trat Erythem auf, also Betheiligung der oberflächlichen Papillargefässe, die Störung an den Gefässen hatte sich also allmälig von denen der Subcutis längs den aufsteigenden fortgepflanzt, und endlich trat sogar in grosser Ausdehnung der Cutis durchgreifende Massengangrän auf dem Rücken des Kindes auf. Ganz ähnlich lauten die Beobachtungen, die an anderen Orten gemacht worden. So z. B. aus jüngster Zeit von der Klinik Jadassohn aus Bern. Der Assistent Gassmann theilt zwei Fälle von Geschwüren mit, die nach mehrmaliger Röntgenisirung zu diagnostischen Zwecken in einem Falle, im anderen nach solcher wegen Ischias entstanden, noch nach $1^1/_2$ Jahren nicht geheilt sind. Selbst Excochleation und Transplantation in letzterem Falle waren erfolglos.

Gassmann verdanken wir auch eine anatomische Erklärung für die eigenthümlichen Ernährungsstörungen und die Torpidität der Entzündungen und Geschwüre nach Röntgenisirung und ihre träge Heilungstendenz. Die Gefässerkrankung hat sich nämlich als viel intensiver herausgestellt, als ich sie seinerzeit vermuthete. Gassmann hat sie in ihren Wandungen, und zwar in allen ihren

Schichten, ganz intensiv und eigenthümlich entartet vorgefunden, darunter eine sonst noch nie beobachtete Vaccuolenbildung der Gefässendothelien.

Bei mir sind in den letzten Monaten folgende Fälle erschienen:

Ein Fräulein mit die linke Wange occupirenden, gestrickten, erhabenen Narben infolge von behufs Enthaarung angewendeter Röntgenisation. Zwei Cousinen, beide in gleicher Weise bandförmig in der Breite von drei Fingern von einer Schläfe zur anderen über Wangen, Hals und Kinn tief zweiten Grades verbrannt infolge Röntgenisirung behufs Enthaarung. Ausserdem über dem Sternum und den oberen Rippen, die während der Bestrahlung immer bekleidet gewesen waren, Blasen und Krusten. Profuse Eiterung, noch nach zwei Monaten nicht geheilt und wahrscheinlich oberflächliche Narbenpunkte zurücklassend. Ein Herr, wegen vermeintlicher Onychomykosis einige Male röntgenisirt, mit sehr intensiver und schmerzhafter blasiger Dermatitis superficialis. Rückbildung binnen zwei bis drei Wochen. Ein Herr, der im August 1898 wegen vermeintlich zu auffälliger Behaarung der Hände sich einige Male röntgenisiren liess, bekam über den beiden Händen, links entsprechend dem proximalen Ende des Mittelhandknochens des Mittelfingers einen $1^1/_2$ cm breiten, scharfbegrenzten Substanzverlust, auf dem rechten Handrücken einen solchen in der Ausdehnung vom Ringfinger zum Zeigefinger. Diese Geschwüre, torpid, ohne Heiltrieb, mit Nekrose der Strecksehne des rechten Mittelfingers, bestehen noch heute, seit 14 Monaten, und zeigen sich reactionslos gegen die verschiedensten Mittel. Die übrige Haut andrückens ist noch immer lividroth, geschwellt, bei Druck und anfallsweise auch spontan sehr schmerzhaft. Der Mann hat seinen Erwerb verloren, da er nicht einmal die Feder führen kann. (Der Patient, der seit zwei Monaten an der Klinik in Behandlung steht, wird demonstrirt.)

Die Frage drängt sich zunächst auf, ob, wie und inwieweit man im Stande sein mag, solche Schädigungen zu verhüten. Die Thatsache, dass Schiff und Freund, wie sie hier mitgetheilt haben, schon 80 Fälle in therapeutischer Absicht wiederholt röntgenisirt haben, ohne seit dem erwähnten ersten Unfall und abgesehen von einzelnen Erythemvorkommnissen einen Nachtheil bei ihren Kranken gesehen zu haben, spricht dafür, dass man durch Uebung in der Methode und intensivere Vertrautheit mit den Wirkungen der angewendeten physikalischen Potenzen, entsprechenden Schutz der zu schonenden Körperpartien mittels Stanniolbedeckungen, solchen Schädigungen grossentheils wird vorbeugen können. Ich zweifle aber auf Grund der erwähnten fortschreitenden Tendenz der Gefässerkrankung und da gewiss auch individuelle Reizbarkeit zur Geltung kommen mag, ob in allen Fällen solche nachträgliche Schädigungen sich werden verhüten lassen. Für die praktischen Aerzte aber resultirt aus dem Vorgebrachten, dass sie die systematisch wiederholte Röntgenisirung nicht als etwas Indifferentes erkennen und ihre Kranken nur an solche Aerzte weisen mögen, die nach ihrem Wissen in wissenschaftlicher und intensiver Weise sich mit der Methode der Röntgenbehandlung vertraut gemacht haben.

Docent **E. Schiff:** Ich muss zunächst Herrn Hofrath Kaposi meinen besten Dank aussprechen für die besonders ehrende Anerkennung, welche er meinen und Freund's Arbeiten und den hiemit erzielten Resultaten gezollt hat. Trotzdem ich gewiss nicht bestreite, dass bei Nichtbeachtung der Cautelen, die wir ja auch immer bei allen unseren Publicationen eindringlichst hervorgehoben haben, sehr fatale Consequenzen infolge der Anwendung der Röntgenstrahlen eintreten

können, so ist mir doch die so energische Warnung Kaposi's vor der Anwendung der Radiotherapie überhaupt nicht recht verständlich. Den Beweis der Erfolge haben wir erbracht und ich frage, wie sollen wir unsere Beobachtungen fortsetzen können und weitere Resultate erzielen, wenn den Aerzten fortwährend der Teufel an die Wand gemalt wird und diese aus übertriebener Aengstlichkeit sich scheuen, uns weiteres Material zur Verfügung zu stellen? Soll etwa dies das Resultat unseres Aufwandes an Zeit, Mühen und Kosten sein? Da nunmehr unsere Heilresultate von so berufener Seite anerkannt sind, Heilresultate, von denen Hofrath Kaposi selbst soeben sagte, dass sie mit keiner der bisherigen Methoden zu erreichen seien, so verdienen diese Methoden gewiss eine besondere Berücksichtigung. Mögen die Herren, welchen staatliche Anstalten zur Verfügung stehen, sich dieser wichtigen Angelegenheit annehmen und wir werden uns glücklich schätzen, an diesen Stellen unsere Forschungen fortsetzen zu können.

Prof. **Benedikt** hebt hervor, dass die Gefahren der Röntgenstrahlung nur bei der Behandlung bestehen. Für diagnostische Röntgenbeleuchtung und Röntgenphotographien besteht keine Gefahr.

Dr. **L. Freund:** Die Beurtheilung des Zeitpunktes, bis zu welchem man mit der Bestrahlung gehen darf, liegt keineswegs ausserhalb der Möglichkeit; nur sind die Anhaltspunkte, nach welchen man sich zu richten hat, ziemlich unscheinbar und setzen eine genaue Beobachtung und besonders gewisse Erfahrung voraus. So muss die Lockerung der Haare an den bestrahlten Partien weiters eine leichte Pigmentation, die man bei genauem Besichtigen entdeckt, zur Einstellung der Bestrahlung Veranlassung geben. Es gibt noch andere Anhaltspunkte, die man bei wiederholter Anwendung des Mittels kennen und beachten lernt; dass das Alles vollkommen ausreicht, um rationell vorzugehen und schlimme Zufälle zu verhüten, beweisen unsere zahlreichen Fälle, bei denen wir nie eine böse Erfahrung machten, und analoge Mittheilungen anderer Autoren. — (Wien. klin. Wochenschr.)

Berliner medicinische Gesellschaft.

Zur wissenschaftlichen Begründung der Organtherapie. (Nach Versuchen mit A. Loewy.)

P. F. Richter: Die neue Begründung der Organtherapie knüpft an Brown-Séquard an und gipfelt darin, dass von einzelnen Organen Stoffe geliefert werden, die, in das Blut aufgenommen, für den Organismus unumgänglich nöthig sind. Brown-Séquard's Prophezeiung bezüglich der therapeutischen Verwerthung der Organproducte ist insofern erfüllt, als das Schlagwort von der inneren Secretion allen möglichen organtherapeutischen Bestrebungen ein wissenschaftliches Mäntelchen verliehen hat, die jedoch, von vereinzelten Ausnahmen abgesehen, nicht über den Rahmen roher, kritikloser Empirie hinausgekommen sind. Mit der Vermehrung der Misserfolge ist die anfängliche Begeisterung rasch verrauscht, das Fremdartige der Methode mit dem stark homöopathischen Beigeschmack hat wissenschaftlich denkende und skeptische Aerzte misstrauisch gemacht. Trotzdem muss die exacte wissenschaftliche Forschung aus den Auswüchsen den gesunden Kern herauszuschälen suchen. Eilt häufig die Praxis der Theorie voraus, so hat gerade umgekehrt der Organtherapie nichts so sehr geschadet, als dass sie geglaubt hat, sich über jede Theorie hinwegsetzen zu können. Von der Brown-

Séquard'schen „inneren Secretion“ muss als zu viel präjudicirenden Worten abgesehen werden, die Verwirrung stiften, da sie scheinbar eine bestimmte, jedoch nicht erwiesene Organfunction ausdrücken. Brown-Séquard hat diesen Begriff nicht bloss auf drüsige Gewebe angewendet, sondern auch bei allen selbständigen Organen Stoffproductionen angenommen, die für den Organismus von grosser Bedeutung sein sollten. Neuerdings bezeichnet Hansemann sogar die Abhängigkeit der einzelnen Zellengruppen im Organismus als Altruismus und spricht den einzelnen Organen eine negative, aus dem Körper etwas herausbringende und eine positive, ihm etwas zuführende zu. Bei der wissenschaftlichen Prüfung der Berechtigung der Organtherapie muss versucht werden, durch das künstliche Laboratoriumsexperiment wie durch Beobachtung gelegentlicher pathologischer Fälle die Ausfallserscheinungen zu studiren bei Fortfall der Function eines Organes und wie der Ersatz des betreffenden Organes in irgend einer Form die Erscheinungen beseitigt. Die Organtherapie ist eine Substitutionsmethode, sie ersetzt etwas Bestimmtes, was dem Körper verloren ging. Dass daneben die Einverleibung bestimmter Organe gewisse pharmakodynamische Wirkungen ausübt, die unter Umständen therapeutisch erwünscht sein können, mit tonisirenden und ähnlichen Eigenschaften, ist nach den chemischen Bestandtheilen der Organe wohl anzunehmen (R. erinnert an das Nucleïn), aber keine Organtherapie im Brown-Séquard'schen Sinne. Einer strengen Kritik gegenüber hält danach nur die Schilddrüsentherapie Stand. Bei aller Berechtigung mancher Einwände steht fest, dass die Entfernung der Schilddrüse eingreifende Störungen im Organismus verursacht, die durch Substitution des ausgeschalteten Organes ganz oder theilweise aufgehoben werden. Schwieriger liegen die Verhältnisse bei den übrigen Organen: Milz, Knochenmark, Nieren, Nebennieren, Pankreas, Hypophysis und was sonst ziellos und planlos organotherapeutisch verwerthet ist, wegen Mangels an der physiologischen Grundlage. Unsere Kenntnisse bezüglich der sogenannten „positiven Function“ sind noch zu unklar und gestatten keine rationelle Grundlage bei Heilzwecken. Im Gegensatze jedoch zu dieser erschreckend kritiklosen Anwendung liegen bei den Geschlechtsdrüsen, von denen Brown-Séquard ausging, für nüchterne experimentelle Forschung die Verhältnisse am einfachsten und günstigsten. Während bei den vorher genannten Organen die Ausschaltung ein ungangbarer oder schwerer Eingriff, eine reine Deutung der Ausfallssymptome nicht möglich ist, ist gerade im Gegentheile die Exstirpation der Geschlechtsdrüsen einfach, leicht, ungefährlich für das Leben. Bezüglich der sonst sehr mühsam bei der Laboratoriumsforschung zu erkennenden Folgen aus der Functionsstörung für den betreffenden Organismus bieten gerade die Geschlechtsdrüsen eine sinnverwirrende Fülle thatsächlicher Beobachtungen, die seit Jahrtausenden gesammelt sind, für die weiblichen Geschlechtes noch mehr als für die männlichen, da bei jenem, selbst wenn das Wort propter solum ovarium mulier est quod est nicht berechtigt wäre, Ereignisse in der Geschlechtssphäre den Organismus in höherem Grade in Mitleidenschaft ziehen, wie das ja die klimakterischen Erscheinungen zur Genüge beweisen. Diese bisher der Therapie nicht zugänglichen nach Analogie der Schilddrüsenbehandlung mit Ovarialsubstanz zu bekämpfen, war ein glücklicher Gedanke von Th. Landau. Jedoch war die Wirkung des Mittels nur empirisch erprobt. die Theorie bewegte sich bisher in Speculationen und Hypothesen; die geschilderten Ausfallserscheinungen aus der nervösen Sphäre boten wegen ihrer Vieldeutigkeit bei dem so labilen Nerven-

system der Frauen mit gestörtem Geschlechtsleben keine Handhabe für experimentelle Studien der weiblichen Keimdrüsen auf den Organismus. Zur einwandfreien Erkennung der Beziehungen der Ovarien zum Körperhaushalt waren andere Kriterien zu verwerthen. Bekannt ist der Einfluss der Ovarien auf den Uterus aus zahlreichen klinischen Beobachtungen und Thierexperimenten, wonach nach Exstirpation der Ovarien langsam und allmälig, aber sicher, der Uterus atrophirt (Sokoloff und Rubinstein in Petersburg). Bekannt ist seit der Entdeckung Fehling's ferner die günstige Beeinflussung der Osteomalacie durch die operative Entfernung der Ovarien, besonders ist der Einfluss der Castration auf den für das Knochensystem wichtigen Stoffwechsel, auf die Kalk- und Phosphorsäureausscheidung von verschiedenen Autoren untersucht und bestätigt worden. Senator hat vor zwei Jahren in der Berliner medicinischen Gesellschaft über die Aenderungen berichtet, welche der Stoffwechsel der Osteomalacischen unter der Behandlung mit Ovarialpräparaten erfuhr. Desgleichen haben Fehling und Neumann, Curatalo und Tarulli die Beziehungen zwischen Ovarien und Knochenerkrankung untersucht; Letztere fanden, dass die Castration die Phosphorsäureausfuhr vermindert, die Injection von Ovarialsaft sie wieder hob; doch hat dies Ergebniss von Falk nicht bestätigt werden können. Ausserdem ist diese ganze Angelegenheit zu unsicher, um ein brauchbares Kriterium zu bilden. Bekannter dagegen ist der Ausfall der Geschlechtsdrüsen in seinem Einflusse auf den Fettansatz. Das Zusammentreffen von Embonpoint und Klimakterium ist so auffallend, dass diese Thatsache längst in den Volksmund übergegangen, auch von der Thierzucht seit uralten Zeiten diese Thatsache benutzt worden ist. Eine kritische Sichtung des literarischen Materiales auf Grund der zahlreichen Statistiken über natürliche und künstlich anticipirte Klimax, also in verschiedenen Lebensaltern, bestätigt die Annahme eines Zusammenhanges zwischen Ausschaltung der Sexualdrüsen und Fettansatz, wenn auch nicht in allen Fällen, so doch in der Mehrzahl (25—35%) und unabhängig von anderen den Fettansatz begünstigenden Momenten. Es lag daher die Prüfung nahe, ob sich als Ursache für diese Erscheinung auch eine nachweisbare Störung des Fettumsatzes ergab. War dies der Fall, waren vor und nach der Castration die oxydativen Processe gemessen, durch den Gaswechsel geändert, so war das erste Postulat erfüllt, d. h. ein exacter Massstab für einen eventuellen Einfluss der Ovarien auf den Gesammtorganismus gewonnen, der in Zahlen ausdrück- und vergleichbar der weiteren Beobachtung über die Wirkung der Substitutionstherapie zu Grunde gelegt werden konnte. Als R. und Loewy die Versuche begannen, lag, abgesehen von mehr beiläufigen Versuchen von Curatalo und Tarulli nichts Verwerthbares vor, keine systematisch experimentelle Prüfung der räthselhaften und auffälligen Beziehungen zwischen Castration und Stoffumsatz. — (Deutsche Med.-Ztg.)

Wiener medicinischer Club.

Hermann Schlesinger berichtet über **therapeutische Versuche mit Dionin,** welche von **Dr. Heim** an seiner Abtheilung angestellt wurden. Der therapeutische Werth dieses Präparates (salzsaures Aethylmorphin) wurde schon früher von mehreren Seiten untersucht. Vortragender hat schon nach den ersten Versuchen gesehen, dass es sich um ein recht wirksames neues Mittel handle,

dessen Eigenschaften dreierlei Art sind. Erstens wirkt es, wie es auch von verschiedenen Seiten übereinstimmend hervorgehoben wird, äusserst mildernd auf den Hustenreiz, dann aber ist es auch ein vorzügliches schmerzlinderndes Mittel, welches eine Allgemeinwirkung in dieser Hinsicht entfaltet. Endlich hat es zweifellos hypnotische Wirkung. In Bezug auf seine Wirksamkeit möchte Vortragender es in die Mitte zwischen Morphium und Codeïn stellen. Die schmerzlindernde Wirkung, welche an der Abtheilung des Vortragenden in einer grösseren Zahl von Fällen constatirt wurde, tritt in der Regel 15 bis 30 Minuten nach der Einverleibung des Präparates ein und währt durch mehrere Stunden. Für den therapeutischen Effect ist es gleichgiltig, ob eine Application per os oder per rectum stattgefunden hat. Nur ausnahmsweise versagt das Mittel; eine ausgesprochene Angewöhnung wurde bisher vom Vortragenden nicht constatirt, nur in einem Falle wollte der Patient das Präparat nicht aussetzen, stieg aber mit der Dosis nicht und zeigte keine Abstinenzerscheinungen, wenn man Dionin durch einige Tage fortliess.

Die hypnotische Wirkung macht sich auch bei den meisten Menschen geltend, und wäre deshalb die Anwendungsweise des Dionins bei Schlaflosigkeit, welche durch körperliche Schmerzen verursacht wird, besonders in Betracht zu ziehen. Ueble Nebenwirkungen hat Vortragender ebenfalls mehrmals constatirt, bisher aber nur bei Individuen, welche eine Erkrankung des Herzens darboten, und warnt daher, bei diesen mit den gewöhnlichen Dosen zu beginnen. Als Einzeldosis gibt er 2 bis 3 cg, und überschreitet eine Tagesdosis von 1 dg bis höchstens 15 cg in der Regel nicht. Eine Nebenwirkung, welche zu therapeutischen Zwecken verwendet werden kann, und auf welche man bisher noch nicht aufmerksam geworden ist, ist die obstipirende. Man wird darum das Präparat besonders bei Phthisikern mit Hustenreiz und Diarrhöen erfolgreich anwenden können. Die bisherigen Ergebnisse ermuntern jedenfalls zur Fortsetzung weiterer therapeutischer Versuche mit diesem Mittel.

Mittler bestätigt die prompte Wirkung des Dionins bei Tracheitis und Bronchitis und räth die Verschreibung mit einer grösseren Dosis von Natrium bicarbonicum an. — (Wien. med. Bl.)

Bücher-Anzeigen.

Die Therapie an den Wiener Kliniken. Ein Verzeichniss der an denselben gebräuchlichen Heilmethoden und Recepte von Dr. Landesmann. Sechste vermehrte und umgearbeitete Auflage. Von Dr. Richard Hitschmann. Verlag von Franz Deuticke, Leipzig und Wien. 1900.

Das Erscheinen dieses Buches in sechster Auflage ist ein Beweis, dass die Therapie, wie sie an den Wiener Kliniken geübt wird, viele Anhänger findet. Aus dem stattlichen Buche kann man sehen, dass man in Wien auch genug verschreibt und dass man dem Medicamentenschatze gegenüber in der Praxis nicht skeptischer ist, wie anderwärts. Es ist die Therapie, wie sie in Wien seit Decennien geübt wird, ein grosser Theil der Recepte von den grossen Praktikern der Wiener Schule formulirt. Als Anhang ist die Behandlung der Vergiftungen beigefügt. Die Ausstattung ist vorzüglich, insbesondere ist der schöne, grosse Druck lobend zu erwähnen.

Herausgeber und verantwortlicher Redacteur: Dr. M. Heitler. — Verlag von Moritz Perles.
Druck von Johann N. Vernay in Wien.

41C 867+

